

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DU MALI - (E. N. M. P.)

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ANNEE : 1990

N° 17

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'INITIATIVE
DE BAMAKO**

**PROTECTION SANITAIRE MATERNELLE ET INFANTILE
AU MALI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1990
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Par : Melle Fatoumata Kouly DIALLO.

Pour Obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)

Examineurs :

Président : -Professeur Aliou BA

Membres : -Docteur Suzanne BOCDUM
-Docteur Arouna KEITA

Directeur de Thèse -Dr. Hama CISSE



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989

Professeur Sambou SOUMARE
Professeur Bocar SALL
Professeur Hubert BALIQUE
Monsieur Demba DOUCOURE
Monsieur Hama B. TRAORE

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Conseiller Technique
Secrétaire Général
Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE, Chef de D.E.R.	Chirurgie générale, Médecine légale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme SY Aïda SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Amadou Ingré DQLO	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Mme TRAORE Jeannette THOMAS	Ophtalmologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur Madani TOURE	Chirurgie infantile
Docteur Tahirou BA	Chirurgie générale
Docteur Mamadou DOLO	Chirurgie générale
Docteur Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Mme Fanta KONIPO	O.R.L.
Docteur Nouhoum BA	Chirurgie générale
Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE	Urologie
Docteur Gérard TRUSCHEL	Anatomie

3. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie générale
Docteur Lassana KOITA	Chirurgie générale
Docteur Sèkou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Docteur Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Docteur Mamadou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Fanta COULIBALY	T.P. soins infirmiers

D.E.R. DE MEDECINE ET DE SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE ,Chef de D.E.R.	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Abdoulaye AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréïssi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Sidi Yéhia TOURE	Réanimation
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Médecine Interne
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Aly DIALLO	Hématologie, médecine Interne
Docteur Sidi Mohamed SALL	Cardiologie

3. ASSISTANTS ET C.E.S

Docteur Moussa MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hammar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Souminta M. KEITA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Mme KONARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Kader TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE, Chef de D.E.R.
Professeur Mamadou KOUMARE

Toxicologie
Matière médicale, pharmacologie

2. DOCTEURS 3 EME CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU

Pharmacie Galénique

3. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA

Législation-Gestion
Pharmaceutique

Docteur Boubacar KANTE

Pharmacie Galénique

Docteur Elimane MARIKO

Pharmacodynamie

Docteur Souleymane DIA

Pharmacie Chimique

Docteur Alou KEITA

Pharmacie Galénique

Docteur Arouna KEITA

Matière Médicale

Docteur Souleymane GUINDO

Gestion

4. ASSISTANT

Docteur Drissa DIALLO

Matière médicale

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGE

Professeur Sidi Yaya SIMAGA, Chef de D.E.R.

Santé Publique

2. MAITRE DE CONFERENCE

Docteur Hubert BALIQUE

Santé Publique

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KABA

Epidémiologie

Docteur Sanoussi KONATE

Santé Publique

Docteur Moussa Adama MAIGA

Santé Publique

Docteur Georges SOULA

Epidémiologie

Docteur Pascal FABRE

Santé Publique

4. CHARGES DE COURS

Monsieur Cheick Tidiani TANDIA
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu
Hygiène du Milieu

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE, Chef de D.E.R.
Professeur Siné BAYO
Professeur Abdel Karim KOUMARE
Professeur Gaoussou KANOUTE

Microbiologie
Anatomie Pathologique
Anatomie
Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yèya Tiémoko TOURE
Professeur Amadou DIALLO

Biologie
Zoologie-Génétique

3. DOCTEURS 3 EME CYCLE

Professeur Bouba DIARRA
Professeur Moussa HARAMA
Professeur Massa SANOGO
Professeur Niamanto DIARRA
Professeur N'Golo DIARRA
Professeur Souleymane TRAORE
Professeur Moussa Issa DIARRA
Professeur Salikou SANOGO
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW
Professeur Daouda DIALLO
Professeur Abdoulaye KOUMARE
Professeur Yénimégué Albert DEMBELE
Professeur Bakary M. CISSE
Professeur Godefroy COULIBALY
Professeur Mamadou KONE
Professeur Jacqueline CISSE
Professeur Bakary SACKO

Microbiologie
Chimie Minérale et Organique
Chimie Analytique
Mathématiques
Botanique
Physiologie Générale
Biophysique
Physique
Biophysique
Chimie Minérale
Chimie Générale
Chimie Organique
Biochimie
T.P. Parasitologie
Anatomie-Physiologie Humaine
Biologie Animale
Biochimie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO
Docteur Yèya MAIGA
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA

Parasitologie
Immunologie
Parasitologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Hama CISSE

Chimie Générale

6. ASSISTANTS

Docteur Flabou BOUGOUDOGO

T.P. Microbiologie

Docteur Amadou TOURE

Histo-Embryologie

Docteur Abdoul K. TRAORE dit DIOP

T.P. Anatomie

7. CHARGE DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA

Diététique-Nutrition

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Oumar SYLLA

Pharmacie Chimique

Professeur Humbert GIONO-BARBER

Pharmacodynamie

Docteur Guy BECHIS

Biochimie

Professeur François MIRANDA

Biochimie

Professeur Alain GERAULT

Biochimie

Docteur Marie-Hélène ROCHAT

Pharmacie Galénique

Docteur François ROUX

Biophysique

Docteur Alain LAURENS

Pharmacie Chimique

Monsieur El Hadj Makhtar WADE

Bibliographie

Professeur Jean Pierre REYNIER

Pharmacie Galénique

Professeur GENIAUX

C.E.S. Dermatologie

Professeur LAGOUTTE

C.E.S. Ophtalmologie

Professeur Philippe VERIN

C.E.S. Ophtalmologie

Professeur Jean Pierre BISSET

Biophysique

Professeur Paulette GIONO-BARBER

Anatomie-Physiologie Humaine

DEDICACES

- A mon Père et ma mère,

Vous avez toujours placé nos études au-dessus de tout et vous avez consenti à tous les sacrifices afin de nous assurer toutes les conditions nécessaires à notre réussite. Trouvez dans ce modeste travail, le témoignage partiel de ma reconnaissance et de mon indéfectible et filial attachement.

- A mes tantes, oncles, cousins et cousines,

Que cette thèse soit le témoignage de mon affection et de ma gratitude.

- A mes Soeurs et Frères,

Vous m'avez tous comprise, conseillée et entourée d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué de loin et de près.

- A Monsieur Amadou MAIGA et Famille

Trouvez ici l'expression de mes sentiments sincères.

- A Monsieur Claude d'ALMEIDA

Ta compagnie, ton soutien moral m'ont aidée à traverser avec sérénité les moments difficiles.

Trouve ici l'expression de toute ma gratitude.

- A ma grande soeur, Oumou DIALLO.

L'atmosphère familiale dont tu m'as entourée au cours de mes études a largement contribué à ma réussite.

- A ma très chère Tante, Feue Aminata DIALLO.

A jamais tu vis si intensément en moi

Puisse ton âme repose en paix.

Au Pr. Aliou BA

Tu as été pour moi un Père. Ta disponibilité, ta promptitude à secourir autrui, m'a à jamais marqué.

Ce travail t'appartient.

Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et l'assurance de mon profond attachement.-

- A mes Collègues

Ina DOLO

Djénéba THERA

Maimouna N'DIAYE

Mme MAIGA

Rokia SANOGO

Ami BALLO

Awa BA

Sira SIMAGA

Fatoumata KANE

Pour les moments agréables passés ensemble

- A tous mes amis

Que je ne veux pas citer de peur d'en oublier

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont:

- Au Dr. Bâh KEITA, Service de Pneumophtisiologie de l'Hôpital du Point "G" pour ses conseils utiles et l'estime qu'il m'accorde
- A Mme DOUCOURE Arkia DIALLO

Votre disponibilité et votre accueil chaleureux m'ont vraiment facilité le bon déroulement de ce travail.

- Au Dr. Madina BA

Pour tous les efforts que vous avez déployés pour l'élaboration de ce travail.

- Aux Personnels de la CEPRIS.TK.
- A Mr. Boubacar N'DIAYE et Famille
- A Mr. Nouhoum SIDIBE et Famille
- Au Professeur Sambou SOUMARE
- Au corps Professoral de l'E.N.M.P.
- A tout le personnel de l'E.N.M.P.

AUX MEMBRES DU JURY,

A NOTRE PRESIDENT DU JURY,

Monsieur le Professeur Aliou BA
Ancien Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
du Mali,
Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Je tiens à vous remercier de deux façons:

- En tant qu'enseignant et Directeur pour avoir constamment privilégié la rigueur scientifique et le choix judicieux de carrière.

- En tant que Tonton pour m'avoir entouré de l'affection familiale nécessaire pour réussir mes études.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Suzanne BOCOUM
Chef de la Division Santé Familiale

Vous avez bien voulu juger ce travail. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Arouna KEITA
Chef de Division de Médecine Traditionnelle

Nous avons beaucoup apprécié vos cours de matière médicale. Votre grande expérience, vos conseils sur la médecine traditionnelle, nous ont été très utiles. Nous sommes honorés de votre participation au Jury de cette thèse.

Soyez assuré de notre grande reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Hama CISSE
Pharmacien-Chef de la Division Labo-Pharmacie.

Vous nous avez fait honneur en nous confiant ce travail, tout en mesurant l'ampleur des difficultés. Une année durant, vous n'avez alors cessé de nous guider par le soutien de votre esprit scientifique et vos conseils.

Vos qualités humaines sont remarquables.

Ce travail est aussi le vôtre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMARE

S O M M A I R E:

<u>INTRODUCTION:</u>	1
Place de la mère et de l'enfant dans les sociétés.	
<u>I. SITUATION SANITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT:</u>	
I.1 - Les deux principaux organismes s'occupant de la mère et l'enfant.....	4
I.1.1 - UNICEF.....	7
I.1.2 - C I E.....	8
I.2 - La Situation Sanitaire de la mère et l'enfant au Mali.....	10
<u>II.- POLITIQUE DE LA SANTE FAMILIALE AU MALI:</u>	
II.1 - Les structures chargées du suivi de la mère et l'enfant.....	16
II.1.1 - Division Santé Familiale.....	16
- Missions	
- Organigramme	
II.1.2 - Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle.....	19
- Historique	
- Structures	
- Organigramme	
- Activités	

II.2-	Programmes Spécifiquement développés en faveur de la mère et l'enfant.....	22
II.2.1	- Programme Elargi de Vaccination (PEV).....	22
	- Objectifs	
	- Stratégies	
II.2.2	- Planning Familial/ Soins Maternel et Infantile....	23
	- objectifs	
	- Stratégies	
II.2.3	- Programme National de Lutte contre les Maladies diarrhéiques.....	24
	- Objectifs	
	- Stratégies	
III.-	<u>ACTIVITES GENERALES DU CENTRE D'APPLICATION EN SANTE FAMILIALE ET NUTRITIONNELLE:</u>	26
	- Section Gynécologie	
	- Section Planning Familial	
	- Section Prénatale	
	- Section Pédiatrie	
	- Section Vaccination	
	- Section Réhydratation Orale	
	- Section Centre Social	
	- Section Pharmacie	
	- Section Laboratoire.	

IV- <u>NOTRE ETUDE:</u>	
IV.1 - <u>Méthodologie:</u>	43
IV.1.1 - Matériels et Méthodes.....	43
- Matériel	
- Méthodes utilisées	
IV.1.2.- Résultats.....	46
- En gynécologie:	
. Fréquentation de la gynécologie pour l'année 1987.	
. Nombre d'observations.	
. Nombre de médicaments prescrits.	
. Les Cents premières maladies.	
. Estimation des quantités de médicaments et leurs valeurs indicatives.	
- En Pédiatrie.	
IV. 2 - <u>Analyses des activités:</u>	57
V.- <u>PERSPECTIVES DE MISE EN OEUVRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO ET CONCLUSIONS:</u>	59

A B R E V I A T I O N S E T S I G L E S

- FISE: Fonds International de Secours de l'enfance
- DSF : Division Santé Familiale
- P.F.: Planning Familial
- PNLMD: Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
- ME : Médicaments essentiels
- SSP: Soins de Santé Primaires
- SMI: Santé Maternelle et Infantile
- % : Pourcentage
- AS : Affaires sociales
- INRSP: Institut National de Recherche en Santé Publique
- PPM : Pharmacie Populaire du Mali
- UMPP: Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques
- DNPFS: Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale
- PF : Planning Familial
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- INPS : Institut National de prévoyance Sociale
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- RVO : Rehydratation par voie orale
- A/N : Aciens/ nouveaux
- SRO: Sel de réhydratation Orale.
- IB : Initiative de Bamako.
- EMIS : Enquête Mortalité Infantile du Sahel.

R E S U M E

L'objet de cette contribution à l'étude de L'Initiative de Bamako est de :

- 1) Présenter brièvement l'état de la situation sanitaire de la mère et de l'enfant dans le monde qu'au Mali; et les organismes s'occupant des problèmes de la mère et de l'enfant.
- 2) Présenter la politique du Mali en ce qui concerne ce groupe vulnérable que constituent la mère et l'enfant, et , dans ce contexte énumérer les structures actuelles chargées de cette politique de la protection sanitaire que sont :
 - * La Division Santé Familiale (DSF)
 - * Le Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle (CASFN).
- 3) Analyser l'activité du Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle en ce qui concerne les services de gynécologie et de Pédiatrie.
- 4) Enfin, tenter de dégager des perspectives qui s'offrent à la mère et à l'enfant dans la mise en oeuvre de L'initiative de Bamako.

INTRODUCTION

Dans toutes les sociétés, modernes comme traditionnelles, la mère et l'enfant ont toujours occupé une place privilégiée et font l'objet d'une sollicitude particulière, notamment sur le plan des principes.

IL s'agit véritablement d'un groupe vulnérable à la croisée des chemins entre le passé, le présent et l'avenir de l'homme. La mère est le premier contact permanent de l'enfant, c'est elle qui, malgré tout, lui communique ses premières sensations et c'est par elle qu'il découvre l'environnement, la société et acquiert pour l'essentiel son éducation.

On a coutume de dire que la femme résume en elle toute l'humanité, cela, pour souligner le rôle primordial qu'elle joue dans l'existence et l'affirmation de la personnalité de l'homme à travers les âges. Aujourd'hui, il convient d'accentuer cette affirmation pour la simple raison que la femme, la mère et l'enfant constituent plus de la majorité de la population sur terre.

La place faite à cette catégorie (mère, enfant, femme) notamment à la mère et l'enfant est un indicateur important de l'évolution de la société de sa capacité de justice et d'équité, de sa volonté de protection vis à vis des groupes vulnérables, qu'elle même crée et/ ou sècrète.

L'histoire de toutes les dynasties et tous les royaumes a montré la place et le rôle joué par la femme tantôt de façon publique, tantôt de façon discrète, mais permanente le long de l'histoire, au cours des luttes pour le pouvoir.

Dans la famille comme dans la société, la femme est le pilier, c'est à elle que reviennent pratiquement toutes les charges de la famille, à savoir l'éducation de base de l'enfant; sa participation intensive à la production des moyens de subsistance.

Sans risque de se tromper, malgré la révolution technologique qui semble sceller le sort du deuxième millénaire de l'humanité, on peut affirmer que la qualité de la vie, l'équité sociale, la solidarité nationale et internationale seront les critères prépondérants pour cette même période. Ces éléments passent nécessairement par la femme, la mère et l'enfant qui sera l'homme de demain.

La garantie d'une qualité de vie à tout point de vue pour l'avenir repose en dernière analyse sur la situation qui sera faite à ce groupe cible.

- L'objet de cette contribution à l'étude de l'Initiative de Bamako est de :

1) Présenter brièvement l'état de la situation sanitaire de la mère et de l'enfant tant dans le monde qu'au Mali; et les organismes s'occupant des problèmes de la mère et l'enfant.

2) Présenter la politique du Mali en ce qui concerne ce groupe vulnérable que constituent la mère et l'enfant, et, dans ce contexte énumérer les structures actuelles chargées de cette politique de la protection sanitaire que sont :

* La Division Santé Familiale (DSF)

* Le Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle (CASFN)

3) Analyser l'activité du Centre d'Application en santé Familiale et Nutritionnelle en ce qui concerne les services de gynécologie et de Pédiatrie.

4) Enfin, tenter de dégager des perspectives qui s'offrent à la mère et à l'enfant dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako.

- En effet, lors de la 37^e session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Bamako, en Septembre 1987, les Ministres Africains de la santé ont adopté la résolution AFR/RC 37/B6 plus communément appelée : Initiative de Bamako. IL s'agit par cet appel de relancer les Soins de Santé Primaires en mettant à la disposition des collectivités des médicaments essentiels dont le bénéfice de la vente permettrait le financement des Soins préventifs et curatifs de la mère et l'enfant.

Depuis cette réunion qui pouvait être sans nul doute qualifiée d'historique après ALMA - ATA (1978), de nombreuses discussions et contributions ont été faites (12) (14) (1). Pour certains, l'Initiative de Bamako en mettant en première ligne les ressources issues de la vente des médicaments essentiels, même si ceux-ci sont donnés gratuitement dans un premier temps, reviendrait à pénaliser une catégorie particulière de la population, à savoir les malades qui sont obligés de s'en procurer.

Pour d'autres, axer la prise en charge de la santé au travers du financement communautaire reviendrait purement et simplement à un désengagement de l'Etat de ses devoirs fondamentaux vis à vis des citoyens et pénaliser les populations rurales dont la contribution financière est déjà importante d'autant plus qu'elles ne bénéficient pas d'une couverture sanitaire correcte, encore moins de soins de qualité dignes de ce nom.

Ce sont là les différentes raisons qui nous ont incité à présenter cette modeste contribution.

I ère PARTIE

LA SITUATION SANITAIRE DE LA MERE ET L'ENFANT

I.1- LES DEUX PRINCIPAUX ORGANISMES S'OCCUPANT DE LA MERE ET L'ENFANT:

La mère et l'enfant sont des groupes cibles, vulnérables, très fragiles qui, depuis quelques décennies sont prioritairement frappés par les conséquences de la crise économique, plus particulièrement en Afrique et dans les pays en développement.

Les Gouvernements des pays de l'Afrique au Sud du Sahara sous le poids d'une dette massive et de la chute des cours des matières premières ont été obligés de prendre des mesures pour rétablir les équilibres de leurs économies. Les domaines d'activités les plus frappés sont la santé et l'éducation. (40)

Devant cette situation, l'UNICEF a exprimé la crainte de voir toute une génération subir les conséquences de ce processus de restauration (40). C'est ainsi qu'en 1987, l'UNICEF publiait une étude intitulée : "L'Ajustement à visage humain" qui rappelait à la Communauté Internationale que l'avenir de l'Afrique repose à terme sur le bien-être des enfants.

Pour montrer l'inquiétude des pays en voie de développement, face aux politiques d'ajustement structurel, le Président Julius NYERERE avait lancé sur le même thème ce cri pathétique du coeur: "Devons-nous laisser mourir nos enfants de faim pour payer nos dettes?" (40)

De nombreuses études, notamment celles de l'UNICEF ont montré que, loin de résoudre les problèmes économiques des pays, les programmes d'ajustement structurel ne font qu'aggraver "les conséquences sociales" de telles politiques dont les premières victimes sont l'enfant et la mère.

Dans un récent article intitulé: "Oui à l'Ajustement structurel, s'il sert à l'Afrique" (23), Adébayo ADEDJI rappelle à son tour que les " instruments des tenants des programmes orthodoxes d'ajustement structurel (taux de change ou d'intérêts multiples, subventions, dévaluations, politiques libérales d'importations, etc...) ne sont en eux-mêmes ni bons, ni mauvais. Tout dépend de la manière dont ils sont utilisés". Dix années d'ajustement structurel signifient en quelque sorte dix années d'efforts gaspillés.

Et l'auteur de l'illustrer par l'évolution négative des indicateurs économiques des 15 pays subsahariens avant et après la mise en application des programmes d'ajustement structurel.

IL y a eu également une série de convergences et d'engagements pour la survie et le développement de l'enfant.

C'est ainsi qu'en Mars 1989, les Artistes, Ecrivains et Intellectuels africains eux aussi ont réaffirmé leur volonté de s'engager dans les luttes pour la survie et le développement de l'enfant africain.

Ils se sont engagés dans la résolution finale (annexe 3c) appelée "Le Manifeste de Bamako", à soutenir en utilisant leurs talents spécifiques, les efforts des Gouvernements, des Communautés, des familles et autres, visant à promouvoir des Soins de santé efficaces entre autre par :

- La mise en oeuvre de stratégies dans l'esprit de l'Initiative de Bamako;
- La vaccination universelle de tous les enfants d'ici l'an 2 000 ;
- La promotion du contrôle de la croissance de l'enfant;
- La promotion de l'allaitement maternel et de bonnes pratiques du sevrage ;
- Le soutien aux programmes d'éducation des jeunes filles et des femmes ;
- Le soutien aux programmes d'espacement des naissances ;

Il s'agit là donc de l'ensemble des stratégies visant à la protection de la mère pour la survie et le développement de l'enfance qui ont fait l'objet de symposiums organisés tant à Dakar en Mars 1987 qu'à Hararé en Mars 1988 ; et à Bamako en Mars 1989.

La première manifestation de la série, le symposium sur la contribution des Intellectuels et Artistes Africains à la survie et au développement de l'enfance en Afrique s'est tenue à Dakar (Sénégal) du 21 au 22 Mars 1987. Ce symposium a élaboré un plan d'action pour la survie, la protection et le développement de l'enfant africain qui notait que la responsabilité des intellectuels n'est pas seulement d'assurer la survie physique de l'enfant mais aussi de contribuer à l'épanouissement de sa croissance mentale et intellectuelle. (Annexe 3a).

Un groupe de liaison créé pour suivre l'application du plan d'action de Dakar devait travailler en étroite liaison avec l'UNICEF et des Ambassadeurs itinérants: Mme Liv ULMANN et Harry BELAFONTE.

Le second symposium organisé à Hararé au Zimbabwe en Mars 1988 s'est particulièrement orienté sur la survie et le développement des enfants dans les pays de la ligne de front en Afrique australe. Il s'est soldé par la Déclaration d'Hararé. (Annexe 3b).

Les participants des 28 pays présents à Hararé en Mars 1988, s'étaient engagés " individuellement et collectivement à dénoncer l'Apartheid qui mutilé et tue les enfants des pays de l'Afrique Australe".

Le symposium d'Hararé, conclue par une note d'espoir et un appel que " La mort de tout enfant diminue chacun de nous. Ce qui n'a pas été semé au printemps de notre présent ne sera pas récolté dans notre avenir collectif ".

Le symposium de Bamako est la 3ème manifestation du genre organisée par les intellectuels, les Artistes et Ecrivains Africains. (Annexe 3c).

Ainsi, en plus des efforts des Gouvernements et des Organisations internationales, d'autres voix s'élèvent, surtout celles de ceux qui représentent en quelque sorte " la conscience des hommes " à savoir les Artistes et Intellectuels pour mettre leur talent au service de nobles causes notamment celle de la survie et du développement de l'enfant.

Enfin, la perspective d'un sommet au plus haut niveau sur l'enfance et ses droits, évoquée dans la Déclaration d'Hararé: où un appel à tous les Gouvernements africains a été lancé afin qu'ils mettent en oeuvre, dès que possible, la Convention des Nations- Unies sur les Droits de l'enfant dont l'adoption était prévue en 1989 et l'a été.

Toutes ces Initiatives dénotent justement de la place, de l'importance de la mère et l'enfant, et de la conviction profonde que l'enfant, notamment celui d'Afrique est le premier frappé injustement par la situation précaire des bouleversements économiques et sociaux en Afrique.

Parmi les grandes institutions prenant en compte de façon permanente les problèmes sanitaires de la mère et l'enfant, nous citerons entre autre :

- . L'UNICEF : Mondialement reconnue et faisant partie du système des Nations-Unies ayant un statut semi-autonome avec un Conseil d'Administration et un Secretariat.
- . Dans l'espace Francophone , le Centre International pour l'Enfance. (CIE)

I.1.1 -L'UNICEF:

C'est en Décembre 1946 que l'Assemblée générale des Nations - Unies crée le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE) par la résolution 57 en vue de " porter secours" aux enfants et adolescents de l'Europe se relevant difficilement des conséquences désastreuses de la guerre.

En 1950, le mandat est prolongé de 3 ans et orienté vers des programmes à long terme en faveur aussi des pays en voie de développement. Ce n'est qu'en 1953 qu'un statut permanent dans le système des Nations-Unies est accordé à l'UNICEF qui prend son nom définitif UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (Fonds des Nations - Unies pour l'Enfance).

De Fonds de secours pour l'Enfance et l'Adolescence, l'UNICEF est devenue aujourd'hui une véritable agence de développement et de coopération à long terme intervenant partout dans le monde tant en cas d'urgence que pour préparer les véritables conditions permanentes d'une survie et protection de la mère et l'enfant.

Ses domaines prioritaires d'intervention sont:

La santé : Le droit à la santé est une composante essentielle des droits de l'homme et des peuples. (16)

La Nutrition : Il est important d'insister sur l'importance de la nutrition de la mère et de l'enfant car elle est à la base de nombre de décès infantiles et même maternels. L'état nutritionnel de la mère durant sa grossesse joue sur le bon déroulement de la grossesse, sur le poids à la naissance lors de l'accouchement (19).

L'Education : Dans la plupart des pays du monde, il a été mis en évidence l'influence très positive du niveau de l'éducation des femmes adultes sur leur état de santé et par voie de conséquence, sur celui de l'enfant (16).

L'Environnement : il joue un rôle dans le bien-être de chaque individu. (21)

Actuellement, l'UNICEF avec ses 34 Comités nationaux coopère avec 119 pays dans le cadre de programmes. Les moyens humains et financiers mobilisés dénotent de l'importance que cette institution accorde à la mère et l'enfant (voir tableau 1).

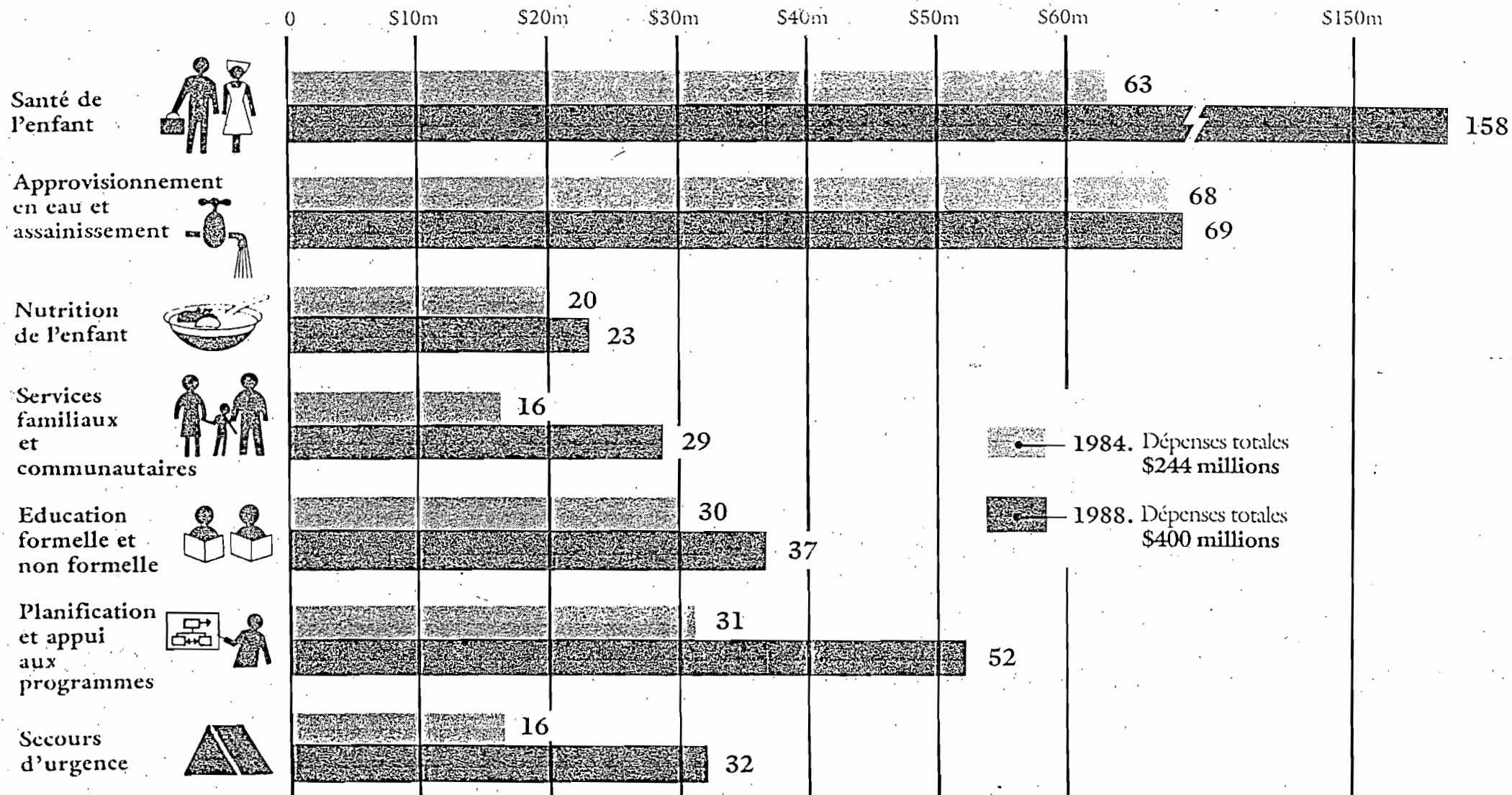
I.1.2 - Le Centre International de l'Enfance:

Le Centre International de l'Enfance a été créé en 1949 à l'Initiative du Professeur Robert DEBRE, pédiatre de renommée mondiale, pionnier de la pédiatrie moderne et du Pr. Ludwig RAJCHMAN qui dirigeait l'UNICEF.

A l'instar de l'UNICEF, le Centre s'est fixé comme missions: " Une réflexion et des actions à plus long terme en faveur des mères et des enfants". Une Coopération avec toutes les organisations internationales tournées vers les préoccupations immédiates en ce qui concerne la mère et l'enfant.

En plus des études, recherches et actions sur le terrain, le Centre gère un fonds documentaire de plus de 15 000 ouvrages et 595 collections et périodiques de 69 pays en 12 langues, soit plus de 87 000 références .

DEPENSES DE L'UNICEF AU TITRE DES PROGRAMMES PAR SECTEUR 1984/1988



I.2 - LA SITUATION SANITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT AU MALI:

Comme tous les pays en voie de développement, le Mali subit les effets négatifs de la crise économique mondiale, de l'endettement excessif et de la chute des cours des matières premières.

La mortalité infantile est l'une des plus élevées du monde (129 à 175 pour 1 000 selon les sources officielles) et la malnutrition touche la population infantile de l'ensemble du territoire d'une façon importante. Les taux de malnutrition varient selon les années et les régions de 6% à 30%. Ce sont là les problèmes les plus aigus frappant les enfants. (39)

Les maladies infectieuses et parasitaires spécifiques à l'environnement tropical sont parmi les principales causes directes de morbidité et de mortalité pendant la première enfance. La mortalité infantile et la malnutrition sont fortement conditionnées par la disponibilité en aliments, la quantité et la qualité de l'eau, le niveau éducationnel et les conditions socio-économiques de la cellule familiale.

Les faibles moyens dont dispose l'Etat, ainsi qu'une gestion insuffisante de ceux-ci, font que la distribution des services de santé reste faible. Le taux de couverture sanitaire est de 15%, l'approvisionnement en médicaments déficient et à des prix élevés, (39).

Les femmes alphabétisées représentent moins de 10% de la population féminine alors que 15% des hommes sont alphabétisés. Cela constitue une entrave à leur accès aux programmes de développement et aux connaissances améliorant leurs conditions de vie et celles de leurs enfants.

Malgré ces différents problèmes, le Mali, dans le cadre de sa politique sanitaire, accorde une priorité à la santé de la mère et de l'enfant. (39)

Les objectifs généraux de la politique nationale de santé au Mali sont les suivants:

- Le Mali a souscrit à la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) pour "l'instauration de la santé pour tous en l'an 2 000". (39)

- Un certain nombre d'objectifs spécifiques sont déclarés pour 1990:

* L'Immunisation des enfants de 0 - 6 ans contre la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose, le tétanos, la coqueluche et la diphtérie, et des femmes enceintes contre le tétanos ;

* L'approvisionnement en eau saine et en quantité suffisante pour l'ensemble de la population;

- Le contrôle de toutes les endémies majeures (Paludisme, Schistosomias, Onchocercose, Trypanosomiase, Tuberculose, Trachome, Cholera) ;

- L'extension de la couverture sanitaire à la majeure partie de la population en portant l'effort en direction des plus démunis;

- L'accessibilité géographique et financière de la majorité de la population aux médicaments essentiels.

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs s'articule autour d'une série de programmes spécifiques à étendre au niveau national:

- Programme de Lutte contre le Paludisme

- Programme de Lutte contre l'Onchocercose

- Programme de Lutte contre les Schistosomias

- Programme de Lutte contre la Malnutrition

- Programme de Maîtrise de l'Eau et de l'Assainissement

- Programme Elargi de Vaccination

- Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques

- Programme de Santé Familiale

- Programme de Lutte contre les Grandes Endémies (Tuberculose, Lèpre).

- Réforme de système Pharmaceutique National.

La situation sanitaire de la mère et l'enfant reste néanmoins un problème préoccupant. Les principaux problèmes de santé de la mère sont liés à la procréation, la surcharge du travail et les grossesses multiples qui les affaiblissent.

Le taux de mortalité maternelle est très élevé : 20 à 25 % des décès féminins sont à attribuer aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Malgré leur rôle important dans la production de subsistance, l'apport de revenus, la distribution des soins éducatifs et de santé, on constate que les femmes subissent une forte discrimination tant dans le domaine économique que social.

Selon une enquête démographique de santé au Mali, réalisée en 1987:

- Une femme sur deux entre en union avant l'âge de 16 ans, la fécondité est élevée et stable soit 7 enfants en moyenne par femme (4).

- Moins de 5 % des femmes utilisent une méthode de contraception

- Les mères d'un peu plus de 3 enfants sur 10 âgés de moins de 5 ans ont effectués une visite prénatale ou bien ont été assistées par un personnel médical lors de l'accouchement

Malgré la mise en place des structures et des programmes visant à améliorer les conditions de vie des femmes, jusqu'à présent, un nombre élevé de mères n'ont pas accès à ces structures, soit par manque de moyens financiers, ou parce que leur niveau d'information ne leur permet pas de comprendre l'utilité de s'y rendre (pesanteurs sociales).

La finalité serait de développer un réseau solide et élémentaire de services essentiels à fournir même dans les contextes économiques les plus défavorables: les Soins de Santé Primaires.

Il est nécessaire aussi de bien définir la position de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) par rapport au système de Soins, qui est en définitive l'élément d'attrait des populations pour l'utilisation des services de santé. Cela pose immédiatement la question de Médicaments essentiels composante des Soins de Santé Primaires sur lesquels un effort important devrait être consenti, tout comme celle de la définition des coûts des services essentiels de santé et des mécanismes de recouvrement. En effet, on ne peut admettre d'arriver à une situation où l'on développerait seulement les services dont les coûts seraient recouvrables ou auxquels seuls les plus nantis pourraient avoir accès.

La Situation sanitaire de l'enfant ne peut être dissociée de celle de la mère. Au Mali, le taux de mortalité infantile reste élevé soit 18,6 pour 1 000 (29) avec un quotient de mortalité avant 5 ans de 249 pour 1 000 (4)

Ceci peut s'expliquer par :

- Le bas niveau scolaire de la mère qui a une grande influence sur l'état de santé de l'enfant qui implique un effort national sur l'éducation des femmes (16)

- L'éloignement des formations sanitaires qui au vue des tâches quotidiennes de la mère rend très difficile de répartir son emploi du temps entre les tâches domestiques et d'amener son enfant dans un Centre de santé.

- La malnutrition chronique qui frappe 25 % des enfants de 3 à 36 mois (comparée aux normes internationales) et la malnutrition aiguë qui frappe 11 % des enfants de 3 à 36 mois.

Tous ces facteurs doivent être analysés de près pour apporter des solutions adéquates aux problèmes sanitaires de l'enfant.

Il est aujourd'hui inadmissible, avec le progrès de la médecine et de la technologie, le développement des services de santé, de voir des milliers d'enfants mourir de tétanos, de diarrhées, ou à la suite d'accouchements dystociques, de malformations congénitales.

En ce qui concerne les enfants, parmi toutes les causes de décès recensées, la plus importante est la diarrhée qui est responsable de 34,3% des décès masculins et de 36,4% des décès féminins, cette dernière est suivie de la fièvre (et/ou grippe) qui frappe davantage les enfants de sexe masculin. (35)

Les proportions de décès dues aux maladies respiratoires sont aussi importantes (11,6% pour le sexe masculin et 11,9% pour le sexe féminin). Enfin, la méningite, le tétanos, la rougeole, le paludisme etc... , ont été les causes de certains décès mais avec de faibles proportions.

L'analyse de la mortalité différentielle selon les facteurs démobiologiques, socio-économiques, culturels a permis d'identifier un certain nombre de groupes à risques. Les résultats de l'EMIS - Bamako soulignent l'effet néfaste des naissances rapprochées et multiples (près de 25% des enfants de femmes âgées de 45-49 ans sont décédés ainsi que 12,8% des enfants de mères ayant moins de 20 ans). Les enfants du rang 4 et plus, issus de mères d'âges avancées, sont plus exposés aux risques de mortalité infantile. Les enfants les plus défavorisés sont ceux d'un poids à la naissance inférieur à 2,000g avec un taux de 454,3 pour mille contre 49,4 pour mille pour les 3,000g et plus. (35)

La mortalité différentielle selon les caractéristiques socio-économiques et culturelles fait ressortir le statut matrimonial et le revenu des parents comme facteurs explicatifs au niveau de mortalité infantile. En effet, les enfants de mères mariées courent moins de risque (73,1 pour mille) que ceux des mères non mariées (122,5 pour mille pour les enfants de mères célibataires et 105,0 pour mille pour les enfants de veuves). (35)

Les facteurs de santé, bien que plus directs, ont un effet moindre sur la mortalité infantile que les facteurs démobiologiques et culturels. Seule l'utilisation de méthodes contraceptives a un effet très marqué sur le quotient de mortalité infantile. Le quotient de mortalité infantile est de 80,9 pour mille pour les enfants de mères connaissant aucune méthode contraceptive et de 55,6 pour mille pour les enfants de mères connaissant une méthode moderne. Le niveau de mortalité le plus élevé est enregistré chez les enfants de mères informées seulement d'une méthode traditionnelle (114,4 pour mille) (35)

L'exemple le plus frappant est la mortalité due aux diarrhées qui occupent pratiquement une place importante dans les décès des enfants en bas-âge. (37)

Le Tableau no 2 illustre cette situation dans 4 pays Africains.

	: Burkina : Faso	: Mali	: Mauritanie	: Niger
Population Totale	: 8 199 197	: 8 000 000	: 1 900 000	: 7 250 000
Population de 0-11mois:	372 111	376 000	95 000	362 000
Population de 0-4 ans :	1 660 045	1 600 000	360 000	1 450 000
Nbre d'épisodes de diarrhées par enfant/an	: 4.6	: 2.7	: 9.8	: 6.9
Taux de mortalité de 0 - 4 ans	: 241‰	: 297‰	: 225‰	: 267‰
Nbre total d'épisodes de diarrhées/an	: 7 636 207	: 4 300 000	: 3 528 000	: 1 500 000
Pourcentage (%) de décès associés à la diarrhée.	: 36%	: 57%	: 60,8%	: 18%
Taux d'utilisation de la SRO.	: 16%	: 40,6%	: 54%(89)	: 38%
Pourcentage de décès diarrhée enregistrée dans les établissements Sanitaires.	: 1,2%(1986)	: 0,24%(1987)	: 0,83%(1985)	: 1,01%(1986)
Nbre de décès associés: à la diarrhée par an	: 32 284	: 63 653	: 12 996	: 17 421

Le Mali, tout en ayant le plus faible nombre d'épisodes de diarrhées par enfant et par an (2.7) , enregistre le plus fort taux de décès associés à la diarrhée (57%) après la Mauritanie et le plus fort taux de mortalité infantile de 0 - 4 ans (297‰).

Parallèlement, le Mali a le plus faible pourcentage de décès par diarrhée enregistrés dans les établissements sanitaires (0,24 %).

2 ème PARTIE

POLITIQUE DE LA SANTE FAMILIALE AU MALI

II.1 - Les Structures chargées du suivi de la Mère et l'Enfant:

C'est le Décret 129 PG-RM qui abroge et remplace le décret 155 du 22 juillet 1980 portant organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de la Santé Publique qui fixe les attributions des deux services les plus importants qui ont vocation à s'occuper de la mère et l'enfant.

Le premier est une division de conception (Division Santé Familiale) alors que le second est un service rattaché à vocation opérationnelle (le CASFN).

II.1.1- Division Santé Familiale:

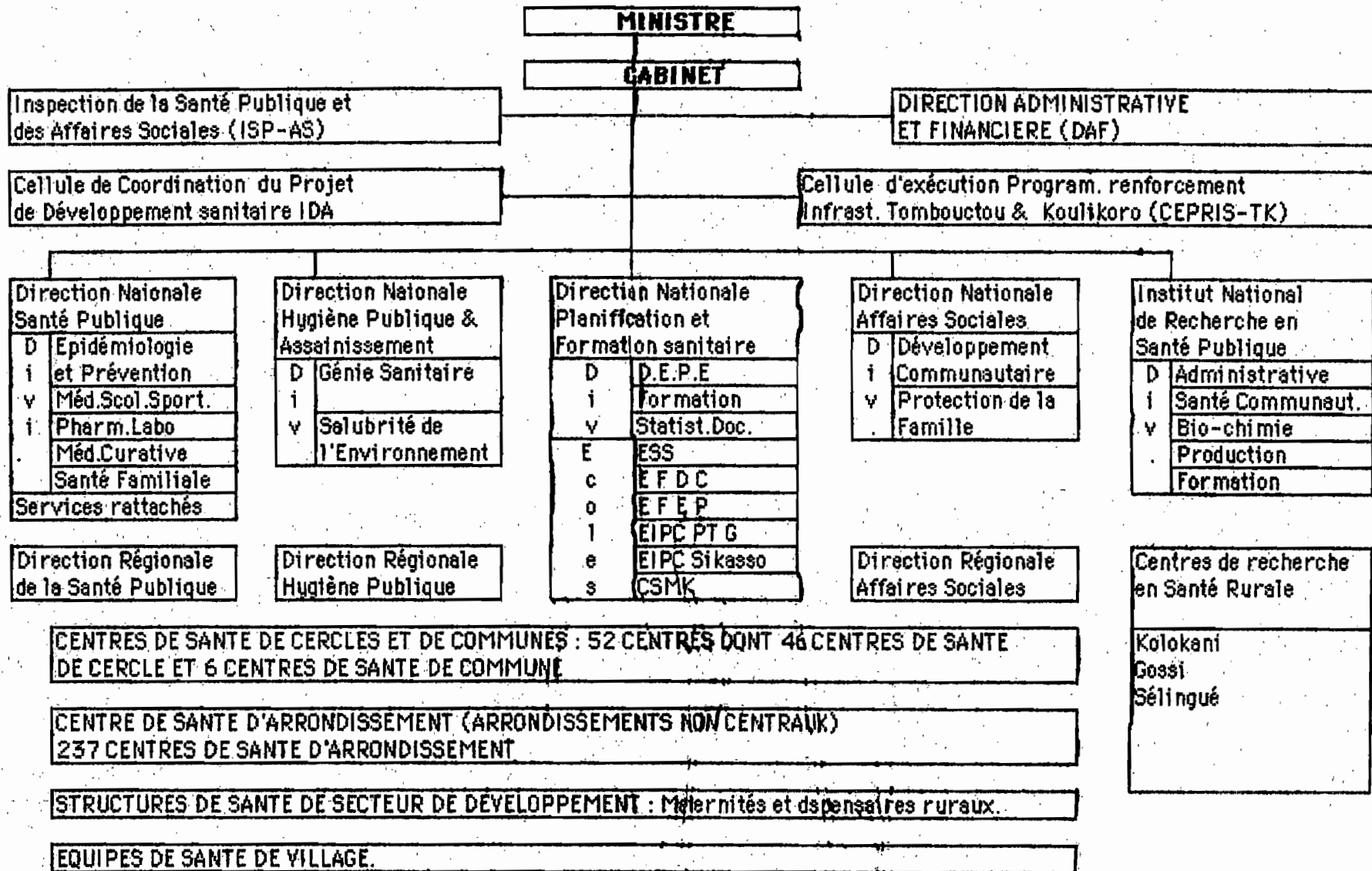
Elle est chargée de la coordination et de la supervision des activités de santé maternelle et infantile au Mali. Elle a été créée en Juillet 1980 par le décret 129/PG-RM portant organisation et fonctionnement de la Direction Nationale de la Santé Publique. Le Gouvernement du Mali, convaincu de l'importance du groupe mère/enfant a retenu le programme de santé familiale parmi les priorités pour le développement socio-sanitaire du pays. A cet effet, la Division de la Santé Familiale en plus de son rôle de coordination et de supervision de santé maternelle et infantile est chargée également des problèmes relatifs à une meilleure nutrition des populations, à la protection de la santé individuelle et collective à travers l'information, l'éducation, et la sensibilisation des communautés. (24)

- Les Missions:

Pour la mise en oeuvre des différentes missions, la Division de la Santé Familiale comprend trois sections et deux programmes nationaux. Il s'agit :

- La Section santé maternelle et infantile chargée de la mise en oeuvre du programme national de santé maternelle et infantile vise essentiellement la réduction de la morbidité et la mortalité infantile, et la promotion de la santé de la mère et l'enfant par la création d'institutions, la formation du personnel et l'équipement des structures de santé maternelle et infantile.

- La Section Nutrition essentiellement responsable de l'éducation et de la surveillance dans le domaine de la nutrition.



- La Section Nutrition essentiellement responsable de l'éducation et de la surveillance dans le domaine de la nutrition.

- La Section éducation pour la santé chargée de promouvoir la santé individuelle et collective par l'information, l'éducation et la sensibilisation des populations.

- Le programme de la planification familiale a pour objectifs:

. d'intégrer la planification familiale aux autres volets de la santé maternelle et infantile pour éviter les grossesses rapprochées qui présentent un danger aussi bien pour l'enfant et la mère.

. de coordonner et superviser plus étroitement toutes les activités de santé familiale.

Le programme de Lutte contre les Maladies diarrhéiques n'a été adjoint aux activités de la division de la santé familiale qu'en Août 1985.

La Division de la santé familiale est appuyée dans la réalisation de son programme par des organisations internationales, des organismes nationaux, bilatéraux, non gouvernementaux, par des organisations politiques (UNFM, UNJM).

En 1987, la Division de la santé familiale après avoir analysé les activités déjà menées sur le terrain en ce qui concerne les activités maternelles et infantiles avec l'appui des différents partenaires a élaboré un programme national de santé maternelle et infantile pour la période 1988 - 1992 a pour objectifs :

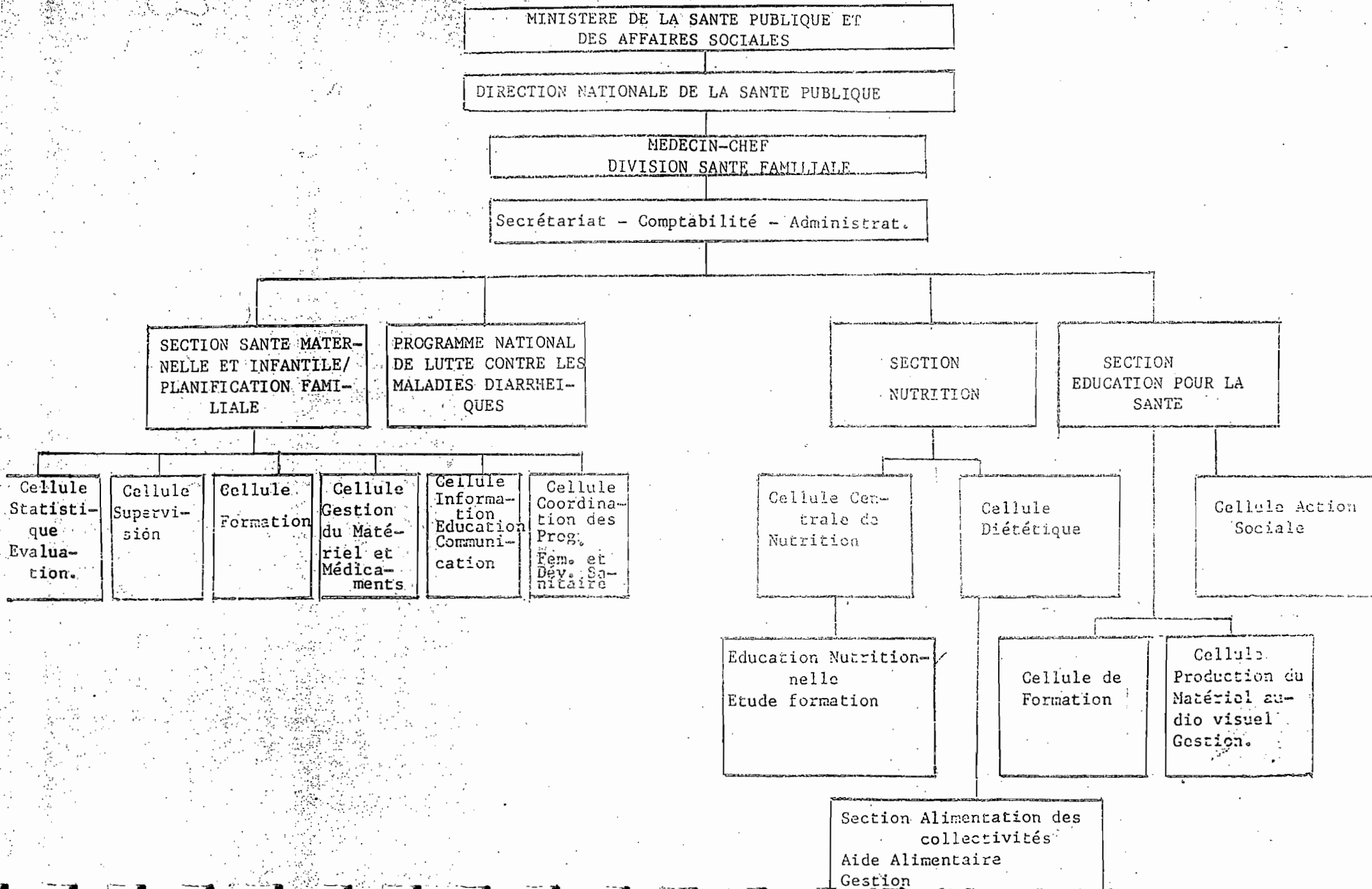
- la réduction la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvenile;

- le renforcement des infrastructures de santé maternelle et infantile/planification familiale et la qualité de prestations de services.

- La mise en oeuvre de ce programme a nécessité un certain nombre de travail conceptuel au niveau central:

- * L'élaboration d'une liste type de matériel par niveau
- * La formation pratique intégrée sur le lieu de travail
- * La dotation en médicaments essentiels à visée SMI/PF cela dans le cadre de l'amélioration de la santé de la mère et l'enfant
- * L'amélioration des compétences techniques des agents responsables des activités SMI/PF (Médecins, sage femmes ; Infirmiers , Agents de santé communautaire) à travers les sessions de formation en santé familiale aux différents niveaux (cercles, arrondissements, secteurs de développements, etc...).

() ORGANIGRAMME DE LA DIVISION SANTE FAMILIALE (DSF)



II.1.2 - Le Centre d'Application en santé Familiale
et Nutritionnelle:

(C.A.S.F.N.)

- Historique: Le Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle anciennement appelé "PMI Centrale" était à l'actuel siège du Bar COUMBA de 1957 à 1960.

En 1960, elle transféra à son site actuel près de la bourse du travail. Seule et première Protection maternelle et infantile (PMI) dans le temps, elle menait des activités fixes et avait une équipe mobile se déplaçant dans les quartiers périphériques pour assurer les consultations de nourrissons et des femmes enceintes.

Entre 1967 et 1982, d'autres PMI ont été créées ; elles étaient au début rattachées à la PMI Centrale qui avait un rôle national à l'époque. Depuis 1981, les nouvelles PMI ont été créées dans le District de Bamako. Ainsi au fur et à mesure que les PMI étaient créées, le nombre de quartiers desservi par l'équipe mobile a diminué.

De 1960 à 1978 se sont succédés à la tête de cette PMI, Dr. Jean JOSEPH ; Dr. Seydou DIAKITE ; Dr. Benitini FOFANA et le Dr. Djigui DIABATE.

De 1978 à 1984, ce fut le Dr. Liliane Françoise BARRY qui, à l'époque, cumulait les fonctions de Médecin-chef de cette PMI et aussi Médecin-chef de la Division de la Santé Familiale.

En 1984, d'avec le décret 156/PG-RM du 9 juillet 1984, la PMI Centrale a une nouvelle appellation, celle du Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle. Un nouveau statut lui fut attribué, celui de service rattaché à la Direction Nationale de la Santé Publique. (25)

- Les structures du Centre:

Le Centre est composé de sections regroupées en unités pour assurer la protection de la mère et de l'enfant. Il existe ainsi trois unités :

* L'Unité de Soins préventifs qui regroupe :

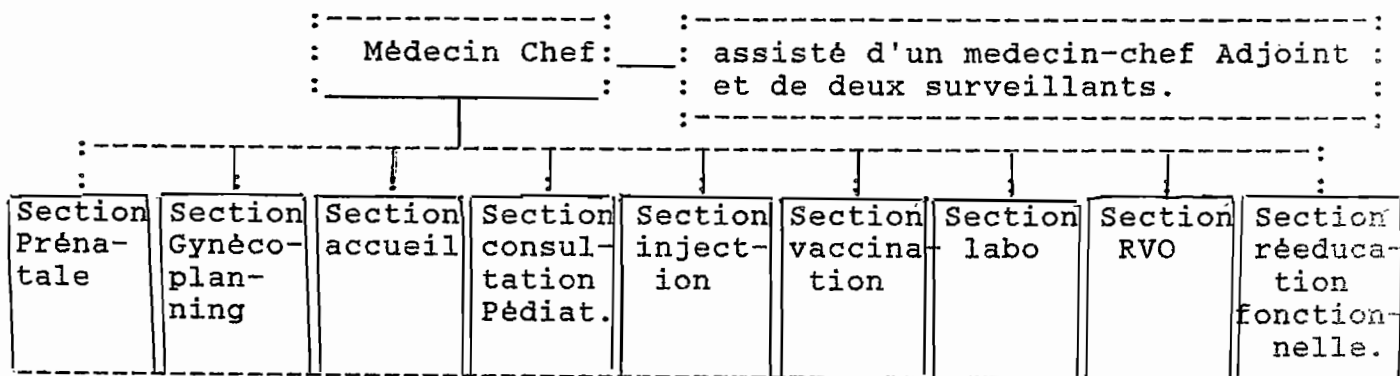
- . La section gynéco-obstétrique et planification familiale qui assurent les soins obstétriques, gynécologiques et conseille les familles en planification familiale;
- . La section Puériculture assure l'éducation sanitaire, l'éducation nutritionnelle, (les démonstrations de régimes et la surveillance de croissance des enfants) et la vaccination des nourrissons.

* L'Unité de Soins Curatifs regroupe:

- . La section rééducation des Handicapés physiques assure la physiothérapie, la mécanothérapie et la rééducation fonctionnelle des handicapés;
- . La section Pharmacie -Laboratoire assure l'approvisionnement en médicaments du crédit budgétaire de l'état, la gestion des médicaments et les examens biologiques élémentaires.
- . La section pédiatrique donne les soins aux enfants malades et assure la réanimation et la déshydratation des nouveaux-nés.

* L'Unité de gestion : s'occupe de la gestion administrative, financière et matérielle du centre.

- Organigramme:



- Personnel:

Le personnel du Centre est composé de 74 agents répartis comme suit :

- Une gynécologue obstétricienne, Médecin- chef, chargée de consultations gynécologiques, obstétricales, et de planning familial.

- Un médecin épidémiologiste qui s'occupe de la consultation pédiatrique et des travaux de recherches.

- Un Biologiste responsable du Laboratoire d'analyses médicales.

- Deux infirmiers d'Etat Kinésithérapeutes qui s'occupent de la consultation des enfants handicapés et de leur éducation fonctionnelle.

- Un professeur d'éducation physique pour la réadaptation de l'éducation physique des malades fréquentant la section centre polio.

- Dix infirmières d'Etat qui soit s'occupent de la consultation pédiatrique, soit sont chef de section.

- Un Technicien de laboratoire.

- Une Assistante sociale

- Quinze sages-femmes d'Etat réparties comme suit:

. Une surveillante générale

. Une en Gynécologie

. Une au Planning Familial

. Huit en consultations pré et post-natales et femmes enceintes malades

. Quatre en PMI ambulante, c'est à dire les consultations :
Badialan et Tomikorobougou.

. Neuf infirmiers de santé dont quatre laboratins et une infirmière obstétricienne

. Deux Aide-sociales (une pour la PMI ambulante)

. Vingt et un aide - soignants dont onze de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)

. Trois Manoeuvres

. Un gardien

. Un Adjoint - Comptable

. Deux Chauffeurs.

- Activités:

Le Centre d'Application effectue toutes les prestations de santé maternelle et infantile y compris la planification familiale et exception faite des accouchements.

L'effectif des patientes ne cesse d'augmenter. C'est ainsi que le Centre a reçu en :

1985 :	63 426 patients
1986 :	74 516 patients soit + de 17,48% par rapport à 1985
1987 :	77 680 patients soit plus de 22,47% par rapport à 1985
1988 :	78 246 patients soit plus de 23,37% par rapport à 1985

Les patients viennent d'un peu partout malgré la présence d'autres centres de santé dans les communes du district.

II.2.- Les Programmes spécifiquement développés en faveur de la mère et l'enfant:

II.2.1- Le Programme élargi de vaccination: (PEV)

Ce programme est financé conjointement par le Gouvernement du Mali, l'UNICEF, et le PNUD/OMS.

Le programme élargi de vaccination qui couvre tout le territoire, a pour but de réduire la morbidité et la mortalité infantiles causées par six maladies infectieuses à savoir : la rougeole, la poliomyélite, la coqueluche, le tétanos, la tuberculose, la diphtérie.

Le PEV doit être intégré à moyen terme et à long terme aux activités de santé maternelle et infantile.

La population cible est composée de :

- Tous les enfants de moins de 6 ans;
- Toutes les femmes en état de grossesse (en ce qui concerne la vaccination antitétanique) (39)

- Objectifs:

L'objectif est d'atteindre 80 % de la couverture vaccinale au bout de 3 ans d'opérations, à partir de 1987.

- Stratégie:

La stratégie adoptée, à la fois fixe et mobile, prévoit deux phases:

- Une phase initiale, les 3 premières années 1987 - 1990.
 - . formation à tous les niveaux du personnel sanitaire
 - . vaccination intégrée dans les activités courantes des centres sanitaires fixes, qui vaccineront en permanence;
 - . Les villages non couverts par ces points fixes le seront par des équipes mobiles;
- Une phase d'entretien, à partir de la 4^e année:
 - . Compléter et consolider l'intégration totale de la vaccination dans toutes les activités des formations sanitaires fixes;
 - . La couverture de 80% des enfants de 0 - 6 ans étant atteinte, il restera à vacciner tous les nouveaux-nés de moins d'un an, soit 5%

II.2.2- Le Planning Familial/ Santé Maternelle et infantile:

- Objectifs:

- Reduire la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile.
- Renforcer les infrastructures de SMI/PF et la qualité des prestations de services.
- Reduire de 25 à 15 % la mortalité liée à la grossesse, l'accouchement et les suites de couches d'ici 5 ans.
- Reduire de 45 à 30 % le pourcentage des causes mortalité néonatale précoce, liées aux accouchements dystociques d'ici 5 ans.
- Reduire de 255 à 205 ‰ la mortalité infanto-juvénile d'ici 5 ans.
- Reduire et maintenir le taux de malnutrition infanto-juvénile au dessous du seuil de 10 % .

- Stratégies:

- Renforcement des infrastructures SMI/PF.
- Amélioration des prestations de service par niveau.
- Information- Education - Communication.
- Formation du personnel.
- Amélioration de la gestion.
- Lutte contre les principales maladies de l'Enfance.
- Approvisionnement en médicaments essentiels à visée SMI et contraceptifs.

II.2.3- Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD):

Ce programme qui a été lancé en Août 1985, fait partie des programmes prioritaires du plan decennal de développement socio-sanitaire de 1981 - 1990 du Mali. Il est actuellement placé sous l'autorité de la Division santé Familiale.

Ce programme est financé conjointement par le gouvernement du Mali, l'USAID, l'OMS et l'UNICEF.

Vu l'importance des maladies diarrhéiques dans la morbidité et la mortalité infantiles (Troisième cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans), le programme s'est fixé les objectifs suivants: (39)

- Objectifs:

A long terme:

- réduire la morbidité par l'apport d'eau potable et par un meilleur assainissement du milieu, ce qui implique:

- . Fournir en eau potable 60% de la population;
- . couvrir les besoins en eau potable de 75% de la population urbaine du pays;
- . Atteindre une couverture de 50% en milieu rural et 100% en milieu urbain concernant la mise en place des systèmes adéquats d'assainissement.

A moyen terme:

- . Améliorer la notification des cas de diarrhées;
- . Sensibiliser les mères sur l'administration précoce des fluides appropriés et sur la reconnaissance des signes de déshydratation ;
- . rendre disponible dans les formations sanitaires et au niveau des agents de santé villageois les moyens de réhydratation orale;
- . recycler le personnel à tous les niveaux.

- Stratégies:

La stratégie adoptée est celle de la réhydratation orale précoce dans les familles et dans les formations sanitaires.

La production locale des sachets de sels de réhydratation orale par l'usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP).

La poursuite d'allaitement maternel et d'une alimentation appropriée pendant et après l'épisode diarrhéiques, ainsi que la promotion de l'allaitement au sein, l'amélioration des pratiques de sevrage, de l'hygiène personnelle et du foyer, l'utilisation de l'eau potable, sont considérées comme partie intégrante de la lutte contre les maladies diarrhéiques. (24).

3^{ème} PARTIE

**ACTIVITES GENERALES DU CENTRE D'APPLICATION
EN SANTE FAMILIALE ET NUTRITIONNELLE**

Au Niveau de ce Centre s'effectue les activités suivantes: les consultations prénatales, les consultations post-natales, les consultations de Planning, les consultations gynécologiques, les consultations enfants-malades, les consultations d'enfants-sains; la vaccination des femmes enceintes et des enfants de 0 - 6 ans; la réhydratation orale; les consultations du centre-Polio; les activités sociales (démonstration nutritionnelle et éducation pour la santé); les analyses de Laboratoire.

Toutes ces activités se font par des sections bien définies.

- LA SECTION GYNECOLOGIE:

Au niveau de cette section, sont effectuées les consultations gynéco-obstétricales suivies en général d'une prescription.

Une gynécologue - obstricienne qui est également le Médecin - chef a pour rôle d'examiner les patientes et de leur prescrire une ordonnance. Elle est aidée dans sa tâche par une infirmière d'Etat et une sage-femme.

Les activités sont effectuées ainsi: Tout d'abord, les patientes sont appelées par ordre d'arrivée. Une fois dans la salle de consultation, la patiente s'assoit juste en face du médecin qui procède à l'interrogatoire.

Après la consultation, le diagnostic posé est répertorié dans le registre.

Le registre se présente comme suit :

Le Numéro d'ordre; l'âge de la patiente; le statut (Anciennes/nouvelles); le diagnostic; le traitement et enfin la commune à laquelle la patiente appartient.

Après prescription d'ordonnance, on demande à la patiente de revenir avec ses médicaments pour une dernière explication de la posologie, parcequ'il a été remarqué que certaines femmes ignorent l'utilisation des ovules et les avalent parfois.

Au cas où une analyse est demandée (frottis vaginal, test d'Emmel...), la patiente doit revenir avec ses résultats à partir desquels sera fait le traitement adéquat.

Les analyses élémentaires s'effectuent au niveau du Centre.

Les consultations étaient gratuites jusqu'en Août 1989. Actuellement, elles sont faites à 500F.

Pour les cas urgents, les médicaments sont délivrés gratuitement. Il s'agit en général des médicaments acquis sur le crédit budgétaire de l'Etat.

Les médicaments prescrits sont en général des spécialités. Rares sont les patientes qui sortent de la consultation avec moins de quatre médicaments.

* Les Problèmes existants:

Il se pose un problème d'affluence. Les Patientes viennent d'un peu partout malgré l'existence de PMI dans chaque Commune. Ceci est du au fait que les consultations étaient gratuites. Dès fois, nous assistons à un arrêt des consultations à la suite d'épuisement du matériel.

* Les Principales classes thérapeutiques de médicaments prescrits sont:

Les antibiotiques; les hormones; les anti-inflammatoires; les anti-infectieux; les anti-spasmodiques; les antalgiques; les antifongiques; les hémostatiques; les antihistaminiques; les antipaludéens; les antianémiques; les antiseptiques; les antipyrétiques; les antiémétiques; les vitamines.

- LA SECTION PLANNING FAMILIAL:

Les activités menées sont les consultations gynécologiques, la distribution des contraceptifs et la prescription de médicaments à la suite d'une infection détectée.

Au niveau de cette section, les activités sont effectuées par une sage-femme. Au moment de la consultation, elle est aidée par trois aides-soignantes qui se chargent également du remplissage des registres et de l'entretien du matériel.

Les Patientes qui viennent pour la première fois sont soumises à une consultation avant de leur mettre sous contraceptifs.

Avant de procéder à la distribution, on demande toujours l'avis de la patiente sur la méthode de contraception qu'elle souhaite utiliser.

- Le dispositif intra-utérin
- Les contraceptifs oraux (Pilule)
- Les Spermicides
- Les Préservatifs.

Pour chaque patiente, il y a un dossier dans lequel sont inscrits tous les renseignements (No d'ordre, l'âge, le nom, les maladies contractées; le nombre de plaquettes de contraceptif délivrées, la commune). Ces dossiers sont classés et gardés sous clef.

A la fin de chaque mois un rapport est rédigé et aussi à la fin de l'année.

C'est une sage-femme qui supervise cette section. Elle se charge également du remplissage du registre quotidien, du remplissage de la fiche d'admission.

- La Section Planning Familial est approvisionnée en contraceptifs par la Division Santé Familiale.
- Les contraceptifs sont délivrés gratuitement.
- Pour être mise sous contraceptifs, on se base sur certains critères qui sont:
 - * Pas de dispositif intra-Utérin chez les femmes présentant
 - . Un Utérus cicatriciel
 - . Une béance du col
 - . Une femme ayant fait une césarienne ou une grossesse extra-utérine.

Le dispositif intra-Utérin n'est placé qu'au moment de la menstruation entre le 3^e et le 5^e jour des règles (en ce moment le col est un peu ouvert).

Pas de dispositif chez les femmes n'ayant jamais fait de maternité.

Les contraceptifs oraux délivrés au Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle sont de deux types:

- Ceux conseillés aux femmes allaitantes: norgestrel tablets (Progestatif: 0,075 mg)
- Ceux conseillés aux femmes non allaitantes (à base d'oestro progestatif)

. Femenal* (fort en oestrogène: 0,05mg d'ethinyl-oestradiol) : La prise commence le 3^e et le 4^e jour du cycle.

. Eugynon ED Fe* (Ethinyl-oestradiol:0,05mg + Norgestrel:0,5mg) La prise commence le 5^e jour du cycle.

. Lo-Femenal* (Ethinyl-oestradiol:0,03 mg +Norgestrel:0,5 mg)

. Microgynon* (Ethinyl-oestradiol : 0,03 mg + Levonorgestrel: 0,15 mg)

Conseillés aux femmes ne supportant pas le Femenal et sont faiblement dosés en oestrogène

* Les Spermicides: Une autre (méthode) de contraceptifs donnés aux femmes ne supportant pas les contraceptifs oraux, ou bien en attendant son prochain cycle.

* Les Condoms donnés aux hommes qui s'y présentent.

On les enregistre pour les futures statistiques.

- Pour les femmes mariées, la délivrance des contraceptifs nécessite l'avis du mari.

Pour mieux mettre en évidence les activités au niveau de la section Planning Familial, nous avons jugé nécessaire de présenter sous forme de tableau. (Tableaux No 3 et No4)

Le problème le plus important rencontré à la section Planning Familial est celui du matériel qui fait défaut.

Les patientes sont mises sous contraceptifs sans vérifier leur tension, cet acte est très important car l'hypertension est un facteur de risque dont on doit tenir compte dans la prescription des contraceptifs hormonaux.

Les poids de patientes ne sont pas vérifiés alors que les contraceptifs hormonaux ont une action sur le métabolisme des lipides.

C'est pour dire qu'il n'y a ni tensiometre, ni pese-personne. Les doigtiers font également defaut.

Les prescriptions sont faites sans tenir compte du niveau de vie des patientes. L'ordonnance comporte le plus souvent plus de quatre medecaments en general, tous sous leurs noms de specialites. Il suffit qu'un delogue fasse la promotion de son produit ou bien qu'il donne des echantillons pour que ses produits soient prescrits.

C'est ainsi que, nous avons constate que pour un meme diagnostic il y a des prescriptions differentes.

Les relevés des activités de planning familial des années 1987 et 1988 sont synthétisés dans les tableaux No 3 et 4.

TABLEAU No3 : ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL
ANNEE 1987 .

PLANIFICATION FAMILIALE

ACTIVITES MOIS	: PILULES :	D. I. U. :	SPREMI- CIDES :	INJEC- TABLE :	CONDOMS :	INFOR- MATION :	STERI- LITE :	GYNECO
JANVIER	: 106 :	1 :	15 :	3 :	9 :	20 :	5 :	259
FEVRIER	: 93 :	3 :	28 :	3 :	1 :	30 :	2 :	218
MARS	: 110 :	3 :	39 :	4 :	70 :	19 :	7 :	301
AVRIL	: 96 :	4 :	25 :	3 :	93 :	35 :	8 :	220
MAI	: 95 :	4 :	19 :	2 :	44 :	20 :	2 :	162
JUIN	: 102 :	6 :	21 :	1 :	99 :	39 :	3 :	227
JUILLET	: 127 :	5 :	24 :	1 :	116 :	30 :	8 :	186
AOUT	: 113 :	7 :	25 :	1 :	129 :	42 :	9 :	238
SEPTEMBRE	: 119 :	1 :	15 :	3 :	170 :	0 :	1 :	216
OCTOBRE	: 154 :	10 :	7 :	2 :	110 :	0 :	6 :	238
NOVEMBRE	: 135 :	6 :	16 :	1 :	72 :	0 :	2 :	197
DECEMBRE	: 140 :	10 :	30 :	6 :	109 :	0 :	2 :	231
TOTAUX	: 1 390 :	60 :	264 :	30 :	1 022 :	235 :	55 :	2 693

TABLEAU No 4: ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL
ANNEE : 1988.

ACTIVITES	: PILULES :	D. I. U. :	SPERMI- CIDES :	INJEC- TABLES :	CONDOMS :	INFOR- MATIONS :	STERI- LITE :	GYNECO
JANVIER	: 141 :	3 :	14 :	1 :	91 :	5 :	0 :	241
FEVRIER	: 146 :	3 :	16 :	1 :	102 :	3 :	14 :	350
MARS	: 127 :	10 :	25 :	2 :	117 :	2 :	4 :	347
AVRIL	: 90 :	6 :	18 :	0 :	62 :	2 :	4 :	214
MAI	: 70 :	4 :	14 :	1 :	42 :	0 :	5 :	216
JUIN	: 17 :	8 :	29 :	1 :	108 :	14 :	2 :	196
JUILLET	: 64 :	5 :	11 :	4 :	99 :	0 :	4 :	149
AOUT	: 51 :	2 :	9 :	7 :	89 :	1 :	5 :	224
SEPTEMBRE	: 18 :	4 :	13 :	3 :	84 :	7 :	7 :	223
OCTOBRE	: 106 :	3 :	11 :	2 :	72 :	1 :	4 :	247
NOVEMBRE	: 121 :	6 :	14 :	1 :	78 :	0 :	0 :	131
DECEMBRE	: 109 :	3 :	36 :	4 :	206 :	0 :	3 :	199
TOTAUX	: 1 060 :	57 :	210 :	27 :	1 150 :	35 :	52 :	2 737

Nous remarquons que le nombre d'effectifs est variable suivant les mois et la méthode de contraception utilisée. C'est ainsi que les dispositifs intra-utérins et les injections sont les moins sollicités à cause des effets secondaires qui pourraient expliquer la méfiance des patientes vis à vis de ces deux méthodes.

Par contre, il y a une forte affluence vis à vis des pilules, des spermicides et des condoms qui est surtout due à leur facilité d'utilisation.

Le faible effectif des patientes participant aux séances d'informations s'explique par le fait qu'elles fréquentent d'autres centres comme l'Hôpital du Point "G", la maternité du Camp de Gardes, Maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE... qui pratiquent également la planification familiale.

- LA SECTION PRENATALE:

Les activités menées sont Les consultations prénatales, post-natales, le traitement des femmes enceintes malades, le dépistage des grossesses à risque et la causerie sur différents thèmes touchant la protection maternelle et infantile.

Cette section est caractérisée par le nombre élevé de son personnel:

- Une sage-femme maîtresse qui s'occupe de la supervision générale de la section (l'entretien, le matériel, les statistiques, le contrôle du personnel...).

En cas de rupture de stocks, elle se charge de la commande de médicaments.

- Huit sages-femmes qui travaillent sur la base d'un roulement trimestriel.

- * Une à la section Planning Familial
- * Une à la section Gynécologie
- * Une à la section Pédiatrie
- * Une à la section Vaccination
- * Une à la section Réhydratation orale
- * Trois au côté de la sage-femme maitresse.

Le roulement dure un trimestre, ceci dans le but qu'elles soient polyvalentes. Cette initiative vient de la sage-femme maitresse. Le système de roulement a débuté le 1er janvier 1989.

Les trois sages-femmes qui sont au côté de la sage-femme maitresse s'occupent de la consultation prénatale (Interrogatoire; prise de la tension; les causeries; les consultations gynéco-obstétricales).

Après la consultation, les prescriptions sont faites aux femmes présentant une infection. A cette section, les ordonnances comportent également plus de quatre médicaments. Les délégués jouent un rôle important dans la prescription.

Les femmes enceintes sont dirigées vers la section vaccination, ou vers le laboratoire si leur état nécessite un examen biologique.

- Une infirmière obstétricienne et deux aide-soignantes : les aide-soignantes s'occupent de l'entretien et de la propriété du matériel. Elles dirigent les séances de causeries sous l'assistance d'une sage-femme.

Les problèmes qui se posent sont d'ordre matériel (insuffisance de doigtiers, de spéculum...). Il n'y a non plus pas de système de recyclage du personnel.

Les innovations effectuées sont : l'instauration des cahiers de causeries et post-natal en 1989.

La causerie a contribué à une augmentation de la fréquentation des femmes aux consultations Post-natales.

Au niveau de cette section, il y a un cahier des malades dans lequel sont mentionnés le nom du malade; âge; les observations et les prescriptions.

A partir de ce cahier, sont surtout prescrites:

- Les Anti-inflammatoires
- Les Antibiotiques
- Les Antispasmodiques
- Les Antiseptiques
- Les Analgésiques
- Les Antipyrétiques
- Les Anti-émétiques
- Les Antipaludéens
- Les Antiasthéniques.

Cette section est répartie comme suit:

A l'entrée, il existe deux grandes salles :

- * La première salle réservée aux anciennes consultantes, elle sert également de salle de causerie.
- * La deuxième salle servant de salle d'attente des femmes enceintes malades; c'est à ce niveau que s'effectue l'interrogatoire des nouvelles arrivées; elle sert également de bureau aux sages-femmes.
- * Un petit couloir servant de salle d'attente des nouvelles arrivées.

- Deux autres salles qui sont réservées aux consultations prénatales:

- * L'une est réservée aux nouvelles arrivées, dans laquelle s'effectuent les consultations gynéco-obstétricales et les consultations d'urgence.
- * L'autre réservée aux anciennes patientes, qui sert également de vestiaire.

- Les différents thèmes de causeries sont:

- * L'interêt du Planning familial;
- * L'Allaitement maternel;
- * L'Alimentation de la femme enceinte;
- * La future maman;
- * La Toilette du bébé;
- * L'Alimentation de la future maman;
- * La circoncision: conseils aux femmes;
- * Future maman: conseils et évaluations des femmes;
- * Conséquences immédiates et à long terme de l'excision;
- * Importance de la consultation post-natale;
- * Importance de l'accès à la Maternité.

Au niveau de la section prénatale, s'effectue tous les matins à partir de 7 heures 30 mn une séance d'information-Education-Communication pendant dix minutes. Ensuite, commencent les différentes activités. Depuis la répétition quotidienne des causeries, la fréquentation au niveau des consultations post-natales commence à augmenter.

Les Tableaux No 5 et 6 récapitulent les activités de cette section pour les années 1987 et 1988.

TABLEAU No5: ACTIVITES DE LA SECTION PRENATALE
ANNEE : 1987.

MOIS	C.PRENATALES			POSTENATALES			G.A.R:F.E.M:		VACCINA-ANTI-TETANIQUES				TOT-AUX
	N	A	T	N	A	T	N	N	I	II	R	T	
JANVIER	133	192	325	2	0	2	32	76	153	127	23	303	738
FEVRIER	137	178	315	0	0	0	22	71	153	95	30	278	686
MARS	139	229	368	0	1	1	17	85	185	89	23	297	768
AVRIL	144	211	355	0	0	0	15	71	159	133	11	303	744
MAI	120	205	325	0	0	0	35	87	151	109	13	273	720
JUIN	174	218	392	1	0	1	18	77	183	114	19	316	804
JUILLET	133	234	367	1	0	1	4	100	183	133	13	329	801
AOUT	124	249	373	1	0	1	2	92	149	145	22	316	784
SEPTEMBRE	144	221	365	2	1	3	23	74	156	95	16	267	732
OCTOBRE	137	218	325	0	0	0	15	103	91	116	17	224	697
NOVEMBRE	117	208	325	1	1	2	16	58	126	85	19	230	631
DECEMBRE	104	199	303	0	0	0	4	62	132	85	25	242	611
TOTAUX	1606	2562	4168	8	3	11	203	956	1821	1326	231	3378	8716

TABLEAU No 6: ACTIVITES DE LA SECTION PRENATALE
ANNEE : 1988.

MOIS	C.PRENATALES			C.POSTNATALES			G.A.R: F.E.M:		VACCINATIONS ANTITETANIQUES				TOTAL
	N	A	T	N	A	T	N	N	I	II	R	T	
JANVIER	156	193	349	1	0	1	13	53	115	91	23	229	645
FEVRIER	136	185	321	1	1	2	11	81	150	84	25	259	674
MARS	154	197	351	1	1	2	19	79	183	107	12	302	753
AVRIL	140	254	394	1	0	1	21	82	156	117	18	291	789
MAI	163	219	382	0	2	2	35	92	149	125	24	298	809
JUIN	134	260	394	0	4	4	15	68	147	109	26	282	763
JUILLET	89	241	330	1	3	4	17	82	128	104	18	250	683
AOUT	125	252	377	1	4	5	9	87	152	102	0	254	732
SEPTEMBRE	120	246	366	0	3	3	23	76	132	106	3	241	709
OCTOBRE	144	199	343	3	7	10	28	85	132	100	2	234	700
NOVEMBRE	133	184	217	1	7	8	22	69	128	96	13	237	653
DECEMBRE	128	167	295	1	7	8	26	64	136	90	22	248	641
TOTAUX	1622	2597	4219	11	39	50	239	918	1708	1231	186	3125	8551

C= Consultation

G.A.R.= Grossesse A Risque

F.E.M.= Femme Enceinte Malade

N= Nouveau

A= Ancien

T= Total

I= 1ère Vaccination

II= 2è Vaccination

R= Rappel.

les faibles effectifs au niveau de la consultation post-natale pourraient s'expliquer par le fait que les accouchements ne sont pas effectués au Centre d'où un problème de suivi. Il pourrait s'expliquer également par le fait qu'en ce moment, il n'y avait pas d'instauration de cahier de causerie d'où une ignorance de l'utilité de consultations Post-natales par les femmes.

En comparant les activités de 1987 à celles de 1988, nous remarquons une amélioration. Au niveau des consultations post-natales, la fréquentation a augmenté ainsi que les effectifs au niveau de la consultation prénatale mais les grossesses à risque demeurent élevées; Nous pouvons en déduire qu'avec l'instauration des séances de causeries, les femmes ont commencé à percevoir l'utilité de ces consultations. Pour arriver à une satisfaction totale, l'accent doit être mis sur l'information, l'éducation et la communication.

- LA SECTION PEDIATRIE:

L'activité principale est la consultation des enfants malades. Au niveau de cette section, les consultations sont assurées par un médecin et par des infirmiers d'Etat. La sage-femme se charge du remplissage du registre. Les aides-soignantes se chargent de regrouper les carnets de consultations des enfants et de l'appel.

A l'entrée du Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle, les carnets de santé sont achetés à 200 f par les mères.

Sur ce carnet sont inscrits la température, le poids de l'enfant, ceci s'effectue dans la grande salle qui sert également de salle d'attente.

Après cette étape, les carnets sont réunis par une aide-soignante qui les répartit entre les deux salles de consultations.

Ensuite, on procède à l'appel par ordre d'arrivée.

- Une fois dans la salle, on procède à l'interrogatoire de la mère, puis on passe à la consultation (Inspection; palpation du ventre; vérification de la gorge, des yeux, les battements cardiaques...).
- La dernière étape est la Prescription d'une ordonnance: Les médicaments prescrits sont reportés dans le carnet de santé ainsi que le diagnostic posé.

Il y a un registre de consultation dans lequel sont mentionnés le numéro d'ordre; le nom du patient; le statut (Ancien/nouveau); le sexe; l'âge; le diagnostic.

Pour le traitement: Il y a toujours un premier soin dans le cas où l'enfant a plus de 38°C de température qui est fait sur place.

On recommande la suite du traitement à domicile.

La section pédiatrie est très fréquentée, les patients viennent d'un peu partout du District de Bamako.

A ce niveau, les références sont les suivantes:

* Pour le cas d'une malnutrition, les enfants sont référés à la section enfants sains pour la surveillance nutritionnelle.

* Pour le cas d'une diarrhée sévère, les enfants sont référés à la section thérapie de réhydratation par voie orale.

Après une prescription, on demande toujours à la maman de revenir après amélioration ou sans amélioration (en général trois jours après le traitement) pour s'assurer que le traitement a été bien effectué.

Il y a également des cas d'évacuation vers l'hôpital (cas de Méningite, rougeole grave, chaque fois que l'état de l'enfant nécessite une hospitalisation).

L'approvisionnement en médicaments du Centre est fait par la Division Laboratoire Pharmacie (DLP).

Les médicaments sont gérés par la surveillante générale et une infirmière.

Les prescriptions n'étant pas faites dans le registre, cela nous a créé des problèmes au cours de la saisie et ne nous a pas permis de faire une analyse détaillée des prescriptions.

Comme dans les autres sections, le passage du délégué médical a une influence sur la prescription d'un médicament.

Les principaux médicaments prescrits:

- Les Antipaludéens (plus précisément le sirop de chloroquine)
- Les Antitussifs
- Les Antipyrétiques
- Les Antibiotiques
- Les Expectorants
- Les massages
- Les collyres
- Les gouttes auriculaires et nasales.

- LA SECTION VACCINATION:

L'activité principale est la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos et les enfants de 0 à 6 ans contre les six maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

. Le BCG s'effectue dès les premières semaines de la naissance. Il ne se déroule que le lundi et vendredi à cause de la faiblesse du nombre de nouveaux-nés se présentant par jour .

. Le DTC + Polio: Le DTC est injectable par voie sous-cutanée et le Polio s'effectue par voie orale. En tout il faut trois doses avec un mois d'intervalle entre chaque dose.

. Au niveau de cette section, on assiste également à une insuffisance de matériel qui nécessite l'arrêt de la vaccination. (épuisement du stock prévu pour la séance).

- LA SECTION REHYDRATATION ORALE:

L'activité principale de cette section est de réhydrater les enfants déshydratés à la suite de diarrhées sévères.

A l'arrivée de l'enfant, on procède à :

- La pesée de l'enfant
- La prise de la taille
- L'examen de l'enfant pour constater l'état d'avancement de la déshydratation.
- La préparation de la solution du sel de réhydratation orale

La mère est retenue pendant une heure, le temps pour administrer la solution à l'enfant, le volume qu'il faut pour la première heure.

Après absorption, deux sachets de SRO sont remis à la maman pour la suite du traitement à domicile.

Il s'agit d'un poste sentinelle pour le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques.

Au niveau de cette section, il y a un registre spécial imprimé par le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

La section est dirigée par une infirmière d'état .

Très souvent les enfants envoyés à la section réhydratation orale sont déjà sous anti-diarrhéiques.

- LA SECTION CENTRE SOCIAL:

Les principales activités sont l'éducation sanitaire; la démonstration des régimes alimentaires; la prise en charge des orphelins, des enfants démunis et malnutris.

Cette section est dirigée par une assistante sociale qui est secondée dans sa tâche par une aide-soignante.

Les activités se déroulent comme suit:

- L'éducation sanitaire: Un thème de causeries se fait tous les jours à la première heure (Pendant 3 à 10 minutes) à la section pédiatrie.

- La démonstration des régimes alimentaires s'effectue une fois par semaine, tous les mercredi (faute de subventions).

- L'assistante se charge d'apprendre aux mères: "Comment s'y prendre pour la préparation de la nourriture d'un enfant-malnutri, d'un enfant de poids faible et d'un enfant sain à sevrer progressivement".

Comme recette, on a : la soupe de viande ; le "laro"; la soupe de légumes; la bouillie enrichie; la bouillie de fonio; la purée de pomme de terre; le ragout de pomme de terre etc...

- La visite à domicile : Par manque de moyens de locomotion, cette activité est devenue irrégulière. Elle concerne les orphelins, les enfants démunis et malnutris.

Une fiche existe pour les enfants indigents et les orphelins.

La contribution de chaque mère est de 50 fr pour une séance de démonstration.

- Vérification du Poids de l'enfant chaque semaine jusqu'à amélioration du Poids.

- LA SECTION LABORATOIRE:

Au niveau de cette section on effectue les analyses élémentaires d'hématologie, de bactériologie et de parasitologie.

Ces activités sont dirigées par un biologiste. Les analyses sont effectuées tous les jours sauf le samedi. Les patientes de la section gynécologie et de la section prénatale qui doivent effectuer des examens complémentaires sont dirigées vers la section Laboratoire.

Cette section présente certains problèmes qui limitent les activités. Le problème d'entretien du matériel et d'approvisionnement en réactifs. Les prestations sont payantes et c'est à partir de celles-ci que les stocks sont renouvelés.

- LA SECTION REEDUCATION DES HANDICAPES PHYSIQUES:

Cette section s'occupe de la rééducation fonctionnelle des handicapés. Elle est tenue par un médecin Kinésithérapeute.

- LA SECTION PHARMACIE:

Cette section s'occupe de l'approvisionnement en médicaments du Centre, de la gestion des médicaments du crédit budgétaire de l'état.

- Le Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle se diffère des autres Protections Maternelles et Infantiles par le fait que toutes les prestations de services sont disponibles tous les jours.

4^{ème} PARTIE

NOTRE ETUDE

De Mai à Juin , nous avons effectué un stage pratique au Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle dont les résultats en partie sont rapportés dans la troisième partie de cette contribution.

L'objectif de ce stage était double:

- En premier lieu, il s'agissait de comprendre le fonctionnement réel de ce Centre et l'application qui est faite de la politique de protection de la mère et l'enfant.

- En second lieu, de récapituler les différentes activités en vue de les comparer aux statistiques officielles.

Pour cela, nous avons saisi sur ordinateur toutes les données des registres de consultations en gynécologie et pédiatrie de l'année 1987.

IV.1- METHODOLOGIE:

IV.1.1- Le Matériel et Méthodes:

- Le Matériel:

Le matériel utilisé pour l'exploitation des registres de pédiatrie et de gynécologie:

- * Un ordinateur Zenith -- DS
- * Les Logiciels : DBASE 3 et LOTUS 123.

- Les Méthodes:

La structure de saisie établie sur DBASE 3 pour la section gynécologie et la section Pédiatrie est la suivante:

- Structure du fichier : B: DIALLO- dbf
- Nombre d'enregistrement : 3 760
- Remise jour : 06/05/1989

Champ	Nom champ	Type .	Dim.
1	service	Caract	
2	Mois	Numérique	2
3	Statut	Caract	3
4	Age	Numérique	3
5	Obser 1	Numérique	3
6	Obser 2	Numérique	3
7	Obser 3	Numérique	3
8	Med 1	Numérique	3
9	Med 2	Numérique	3
10	Med 3	Numérique	3
11	Med 4	Numérique	3
12	Med 5	Numérique	3

Pour ce qui est de la section Pédiatrie, la même structure a été utilisée exceptés les champs Médicament 1 à 5.

Au fur et à mesure des saisies de registres, nous avons élaboré un dictionnaire des maladies et des médicaments dans l'ordre chronologique d'apparition dans les registres.

C'est ainsi que pour le dictionnaire des maladies, concernant la gynécologie, il y a eu 188 dénominations de maladies.

Pour ce qui est du dictionnaire médicaments, nous avons noté 273 spécialités.

Malheureusement, en Pédiatrie il n'y a que le dictionnaire des maladies comportant 283 maladies. Les prescriptions sont effectuées dans le carnet de santé de l'enfant.

IV.1.2- LES RESULTATS:

- En Gynécologie:

Au cours de la compilation des registres, nous avons systématiquement saisi:

- Le sexe
- Le statut (Ancien = A /nouveau = N)
- L'Age (en mois)
- Le numéro d'ordre
- La Prescription

Les difficultés auxquelles nous avons été confrontées:

- * Le statut n'était pas mentionné de façon systématique
- * Les observations sont mal inscrites
- * Les diagnostics sont mentionnés mais souvent il n'y a aucun traitement, vice-versa, dans les registres.

Les résultats de cette étude appellent un certain nombre de commentaires en gynécologie:

. Tableau No 7 : Fréquentation de la Gynécologie pour l'année 1987.

(Mois)	: Anciennes :	Nouvelles :	Total)
(Janvier)	: 51 :	265 :	316)
(Février)	: 52 :	200 :	252)
(Mars)	: 86 :	316 :	402)
(Avril)	: 71 :	200 :	271)
(Mai)	: 86 :	176 :	262)
(Juin)	: 90 :	238 :	328)
(Juillet)	: 90 :	183 :	273)
(Août)	: 85 :	230 :	315)
(Septembre)	: 134 :	229 :	363)
(Octobre)	: 111 :	233 :	344)
(Novembre)	: 75 :	203 :	278)
(Décembre)	: 93 :	230 :	323)
()	: :	:)
(TOTAL)	: 1 024 :	2 703 :	3 727)

Le nombre de consultantes est constant tant pour les cas anciens que pour les nouveaux.

Cas de consultations:

Le nombre de nouveaux cas dépasse nettement les anciens. Ceci témoigne une augmentation de la fréquentation du Centre.

Globalement, le nombre total de consultations pour les 12 mois reste pratiquement constant avec une prédominance permanente du nombre de nouvelles patientes.

Il y a deux fois plus de nouvelles patientes que d'anciennes au total, nous avons enregistré 3 727 consultations en gynécologie pour l'année 1987.

Ce qui revient à une moyenne de 311 consultations par mois, soit 12 consultations par jour.

L'âge moyen des patientes est de 26 ans.

. Tableau No 8 : Le Nombre d'Observations

Ce tableau indique le nombre de diagnostics et les pourcentages pour les consultantes, c'est ainsi que:

Sur les 3 727 consultantes , nous avons dénombré :

Observations	Nombre de	%
	Patientes	
3	144	3,86
2	1 010	27,08
1	3 630	97,32
0	100	2,68

Pour ceux qui n'ont eu aucune observation, il est très probable qu'il s'agisse :

- d'une négligence dans l'enregistrement des observations dans le registre car souvent une prescription est associée à un patient sans diagnostic.

- ou d'une patiente à qui une exploration biologique a été recommandée en attendant le diagnostic et le traitement.

. Tableau No 9 : Nombre de Médicaments Prescrits pour une patiente.

(Nombre Médica- (ments	: :	Nombre Patientes: :	: :	%))
(5	:	102	:	2,73)
(4	:	657	:	17,61)
(3	:	1 677	:	44,96)
(2	:	2 471	:	66,25)
(1	:	3 328	:	89,22)
(0	:	402	:	10,78)

Pour celles qui n'ont aucune Prescription, ce fait est dû soit à une négligence dans l'enregistrement des Prescriptions dans le registre ou parce que ces patientes ont bénéficié d'une analyse médicale.

On peut affirmer que moins de 50% des patientes qui fréquentent le Centre d'Application en Santé Familiale ont à la sortie des consultations une ordonnance comportant trois médicaments, alors que moins de 18 % et moins de 3 % des patients ont respectivement 4 et 5 médicaments.

. LES CENTS PREMIERES MALADIES

Les cents premiers motifs de consultations ou diagnostics pour les observations 1, 2, 3 regroupent 95 % du nombre de patientes (voir annexe 4) .

Les dix premiers motifs de consultations constituent plus de 65% du nombre total des patientes de la section de gynécologie-obstétricales du CASFN.

Ces diagnostics sont représentés surtout par des infections, ce qui explique la prescription des antibiotiques et des anti-inflammatoires.

Par contre, concernant uniquement l'observation 1, les cents premières maladies ou diagnostics (par le nombre), 7 maladies représentent plus de 50 % du nombre de patientes, 21 premiers motifs de plaintes ou diagnostics représentent 85,35 % du nombre de patientes, enfin 33 motifs de plaintes représentent près de 90 % du total de plaintes.

. Estimation des quantités de médicaments

Nous avons tenté de faire une évaluation sommaire des quantités de médicaments nécessaires pour la prise en charge des affections diagnostiquées au CASFN.

La difficulté est double :

- Il n'y a pas de schéma standard de traitement encore moins un manuel de traitement concernant la gynécologie.

Nous avons sur la base du "Dictionnaire Pratique de Thérapeutique Médical" (15) fait des schémas de traitement simplifié qui certainement ne recouvrent pas totalement la réalité car les diagnostics sont très souvent flous.

- Nous n'avons pas tenu compte de toutes les maladies dont le traitement nécessite des explorations biologiques très poussées et des traitements hormonaux.

IL s'agit par conséquent de mettre en exergue la méthodologie d'évaluation des besoins en médicaments plus que de la fiabilité des quantités dégagées.

1) Première méthode d'estimation

La méthode de consommation corrigée a été d'emblée écartée car le CASFN reçoit sa dotation de médicaments à partir du crédit budgétaire de l'Etat qui fait une part très faible pour ce genre de pathologies.

Les prescriptions sont faites en fonction des médicaments disponibles à la pharmacie Populaire et aussi pour une faible proportion des informations fournies par les visiteurs médicaux.

2) Deuxième méthode d'estimation

La méthode fondée sur la morbidité et le traitement type nécessite un recueil de données précises que l'on ne retrouve pas dans les registres actuels de nos formations. De plus, il faut une sensibilisation importante du personnel chargé de tenir les registres.

Cette méthode peut se résumer comme suit :

: quantité de médi- :	: Nombre d'épisode :	: quantité totale :
:caments pour un :	:de traitement du :	: de médicaments :
:traitement type :	: X problème de santé :	= : nécessaires pour :
: :	: :	: traiter un pro- :
: :	: :	: blème de santé :
: _____ :	: _____ :	: _____ :
:Nombre de prise par :		
:jour X nombre de :		
: jour. :		
: :		
: _____ :		

Sur la base des traitements standard établis à partir du dictionnaire " thérapeutique médicale" nous avons calculé les quantités de médicaments nécessaire pour 25 maladies et leurs valeurs indicatives (voir tableau No 10 et tableau No 11).

TABLEAU N° 10:
GYNECOLOGIE : TRAITEMENT STANDARD ET ESTIMATION DES BESOINS EN MEDICAMENTS

Maladies	Nbre	Traitement/Medicaments	Forme	Posologie	Durée	Q.1	TOTAL
-Dysménorrhée a) non invalidante durant une 1/2 journée b) invalidante durant un jour c) douleur importante	178	Buscopan (Bromure de butyl Hyoscine)	cp	3 cp/j	1 jour	3	534
		Buscopan (Bromure de butyl Hyoscine)	cp	3 cp/j	1 jour	3	534
		Buscopan (Bromure de butyl Hyoscine) Duphaston (Dydrogestérone)	cp cp	1à2cp/3 fois /j 2à4cp/5è - 25j	3 jours 20 jours	18 80	3204 14240
- Grossesse	476	Speciafoldine (Acide folique) (+) fer Chloroquine 100mg (nivaquine)	cp cp	1cp/j 300mg/ semaine	9 mois 9 mois	252 108	119952 51408
-Leucorrhée a) à trichomanas b) à mycoses c) gonococque	456	Flagyl 250mg et ov. (Metronidazole) + Solubacter (Triclocarban)	cp/ov sol	1 ovule/j 2cp/2 fois /j	10 jours 10 jours	10 40 1 fl	4560 18240 456
		Mycostatine (Nystatine) + Solubacter (Triclocarban)	cp/ cp.gyn sol.	2 cp.gyn/j. 6cp/j	10 jours 10 jours	20 60 1 fl	9120 27360 456
		Biclinocilline (bénéthamine penicilline + Peni.G) + Solubacter (Triclocarban)	inj sol	3MU/j	3 jours	9 1 fl	3904 456
- cervicite	381	Polygynax (Neomycine + Polymixine + Nystatine) + Solubacter (Triclocarban)	capsule sol	1cp/j	12 jours	12 1 fl	4572 381
- vulvo-vaginale	241	Mycostatine (Nystatine) Tergynan (Ternidazole + Néomycine + nystatine) Solubacter (Triclocarban)	Pde cp gyn sol.	3 fois /j 1 à 2 cp /j	15 jours	1 tube 30 1 fl	241 7230 241
-Annexite	262	Brufen (Ibuprofène) Hiconcil (Amoxicilline)	cp cp	2cp/j 2g/j	8 jours 7 jours	16 14	5792 5068
-cystite	67	Nibiol (Nitroxoline)	cp	6cp/j	7 jours	42	2614

Maladies	Nbre	Traitement/Medicaments	Forme	Posologie	Durée	Q.1	TOTAL
-Stérilité	188	Clomid (Clomifène)	cp	1cp/j	5 jours	5	940
		Hiconcil (Amoxilline)	cp	2g/j	7 jours	14	2632
-Douleurs Pelviennes	497	Brufen (Ibuprofène)	cp	2 cp/j	8 jours	16	7952
		Hiconcil (Amoxilline)	cp	2g/j	7 jours	14	6958
-Troubles des Règles	87	Duphaston (Dydrogestérone)	cp	2 à 4 cp/5è 25 j	20 jours	80	6950
-Avortement	92	Hiconcil (Amoxilline)	cp	2g/j	7 jours	14	1288
		Buscopan (Bromure de butyl hyscine)	cp				
-Hypermenorrhée	91	Dicynone (Etamsylate)	cp	6 cp/j	20 jours	120	2160
-Palu	63	Chloroquine (Nivaquine)	cp	5cp/j	5 jours	25	1575
-Endocervicite	62	Alphachymotrypsine	inj	1 Amp/j	5 jours	5	310
		Amphocycline(Amphotéricine B+ Tétracycline)	ov	1 à 2 ov/j	12 jours	24	1488
-Prurit vulvaire * a)à Trichomonas *b) à mycoses	56	Flagyl ov.(Metronidazole)	ov	1 ov/j et	10 jours	10	4560
		Flagyl 250mg (Metronidazole)	cp	2cp/2 fois/j	10 jours	40	18240
		Fazol (Isoconazole) + Mycostatine (Nystatine)	ov Pde	1 ov/j 2 à 3 fois/j	3 jours	3 1 tube	168 56
- Hypomenorrhée	52	Synergon (Progesterone +oestrone)	inj/Suppo	1 à 6 prises/mois		2 fls	104
-Préménopause	46	Duphaston (Dydrogestérone)	cp	2à 4cp/15è- 25è	5 jours	20	920
-Candidoses	40	+ Mycostatine (Nystatine)	cp gyn	1à2cp/j	20 jours	40	1600
-Endométrite	24	Totapen (Ampicilline)	cp	2g/j	7 jours	14	336

Maladies	Nbre	Traitement/Medicaments	Forme	Posologie	Durée	Q.1	TOTAL
-Infection Urinaire	21	Bactrim (Cotrimoxazole)	cp	2cp/j	10 jours	20	420
-Douleur Abdominale	18	- Buscopan (Bromure de butyl Hyoscine)	cp	3cp/j	3 jours	9	62
		- Mintezol (Thiabendazole)	cp	3cp/j	2 jours	6	108
-Métrorragie	18	Methergin (méthyl ergotamine)	gtte	10gttes/3fois/j	5 jours	1 fl	18
		-Ethinyl oestradiol (Ethinyl-estradiol)	cp	3cp/j		15	
-Dysparemie	15	Flagyl 250mg (Metronidazole)	cp	1 cp/2 fois/j	10 jours	20	300
		+ Flagul ov. (Metronidazole)	ov.	1cp gyn/1 fois/j	15 jours	15	225
-Ulceration de la vulve	21	Vuristat (Moroxydine)	cp	2 cp/j	15 jours	30	630
		Eurax (Crotamiton)	Pde	2 à 3 fois/j		1 tube	
-Végétation verneerienne	15	Permaganate de Potassium 1/10000 + Ektogan (Péroxyde Zn et Mg.)	sol.			1 fl	15
			Pde			1 tube	15

ABREVIATION :

cp : comprimé

ov : ovule

Pde: Pommade

inj: injection

gyn: gynecologique

fl: flacon

gtte: goutte

Suppo: Suppositoire

TABLEAU N° 11 : VALEURS INDICATIVES DE BASE DES MEDICAMENTS

Dénominations Communes Internationales (DCI)	Noms de Marque	Quantité Totale	Prix Unitaire	Valeurs en Francs CFA
Bromure de Butyl hyoscine	Buscopan	4334	29 fr	125686
Dydrogestérone	Duphaston	22110	196,50fr	4344615
Métronidazole	Flagyl cp	36780	83 fr	3052740
Métronidazole	Flagyl ov	9345	131,60fr	1229802
Acide folique	Spéciasfoldine	119952	44,5 fr	5537864
Nivaquine	Chloroquine	52983	8,75 fr	463601,12
Triclocarban	Solubacter	1534	1050 fr	1610700
Nystatine	Mycostatine cp	27360	53,12 fr	1453363,2
Nystatine	Mycostatine cp.gyn	10720	30,83 fr	330497,6
Nystatine	Mycostatine pde	241	430 fr	103630
Bénéthamine peni. + peni.G	Biclinocilline	3904	655 fr	2557120
Néomycine + polymixine + Nystatine	Polygynax	4572	265,83 fr	1215374,75
Ternidazole + Néomycine + Nystatine	Tergynan	7230	181 fr	1308630
Ibuprofène	Brufen	13744	75,33 fr	1035335,5
Amoxicilline	Hiconcil	15946	247,5 fr	3946635
Nitroxoline	Nibiol	2614	46 fr	120244
Clomifène	Clomid	940	510 fr	479400
Etamsylate	Dicynone	2160	78,5 fr	169560
Alphachymotrypsine	Alphachymo- trypsin	310	290 fr	89900
Amphotéricine B + Tétracycline	Amphocycline ov	1488	56,25 fr	83700
Isoconazole	Fazol	168	903,33 fr	151759,44
Progestérone + Destrone	Synergon inj	104	900 fr	93600
Ampicilline	Totapen cp	336	69,50 fr	23352
Cotrimazole	Bactrim	420	61,5 fr	25830
Thiabendazole	Mintezol	108	161,66 fr	17459,28
Méthyl érgotamine	Méthergin	18	975 fr	17550
Moroxydine	Virustat	630	11,66 fr	7345,8
Crotamiton	Eurax	21	1510 fr	31710
Permanganate de Potassium	Permanganate de Potassium	15	535 fr	8025
Peroxyde Zn et Mg	Ektogan pde	15	615 fr	9225
			TOTAL.....	29.444.251

- EN PEDIATRIE:

Pour ce qui est de la section Pédiatrie, la pauvreté des données ne nous a pas permis de tirer des informations très fiables des registres. Car comme dit plus haut, de nombreuses informations sont consignées sur les carnets de santé de l'enfant.

Nous avons tenu compte :

- Du code (qui correspond aux prescripteurs)
- Du sexe
- Du statut (A= ancien/ N= nouveau)
- De l'Age
- Des observations.

C'est ainsi que les 9 044 patients enregistrés, sont répartis comme suit en fonction du sexe :

- . 4 735 patients de sexe masculin
- . 4 211 patients de sexe féminin
- . 98 patients non identifiés.

Ceux dont le sexe n'est pas mentionné sont probablement dû à une négligence au moment de l'enregistrement.

Durant l'année 1987, il y a eu au total quatre registres.

Chaque registre correspond à un prescripteur qui est soit un infirmier, soit un médecin.

Le nombre de patients diffère d'un registre à un autre. C'est ainsi que nous avons mentionné:

- . 1 986 patients pour le premier registre
- . 2 190 patients pour le deuxième registre
- . 2 507 patients pour le troisième registre
- . 70 patients pour le quatrième registre.

Nous remarquons une nette différence du nombre de patients d'un registre à un autre. Ceci peut être expliqué:

- par la mauvaise répartition des patients entre les praticiens
- ou au départ en congés en pleine année.
- ou le registre a été entamé vers la fin de l'année.

Au niveau du statut, nous avons mentionné :

- . 8 365 de nouveaux cas
- . 508 d'anciens cas
- . 171 non identifiés

Ceux non identifiés sont également dûs à une négligence au cours de l'enregistrement. La grande différence entre les nouveaux et anciens cas est due au fait que le patient est considéré comme nouveau, chaque fois qu'il se présente pour une autre consultation (même s'il a déjà bénéficié d'un traitement).

L'âge moyen des enfants est de 2 ans.

Au niveau de l'âge, nous avons mentionné :

- . 397 patients ont moins de 1 an, ce qui représente 4,39%
- . 3 538 patients ont 1 an, ce qui représente 39,12%
- . 4 188 patients ont 2 ans, ce qui représente 46,31%
- . 804 patients ont 3 ans, ce qui représente 8,89%
- . 9 patients ont 5 ans, ce qui représente 0,1 %
- . 1 seul patient a plus de 5 ans, ce qui représente 0,01%

L'essentiel du recrutement de la Pédiatrie est constitué d'enfants entre 1 an à 3 ans.

3o) Les Supports des données actuels (registres...) sont mal tenus.

Dans la perspective de la mise en oeuvre de l'INITIATIVE DE BAMAKO, il convient de repenser le rôle dévolu au Centre, en vue éventuellement d'en faire un véritable Laboratoire d'où sortiront des propositions concrètes. Les résultats probants obtenus au niveau du Centre pourront être testés au niveau national de santé.

Ceci suppose que de nombreuses activités de prestations curatives qui y sont faites soient abandonnées et dirigées vers les Centres de santé de Communes, en vue de se consacrer à des activités de recherches, d'informations, de prévention, bref, à une application plus spécifique de la politique de santé familiale.

En principe, il s'agit là d'une idée généreuse dont toutes les sociétés ont à coeur la réalisation: Protéger l'enfance.

Mais concrètement quelle sera l'approche qui en sera faite en vue de sa mise en oeuvre ?

Il est évident qu'il ne saurait plus être question de revenir à la théorie des Soins gratuits, pour ce groupe cible, jadis proclamée mais jamais appliquée.

En effet la solution des soins gratuits, nous semble peu rationnelle car elle aboutit toujours à une impasse. Les politiques consistant à vouloir offrir des services gratuits se sont soldés, dans bien des cas, par une dégradation progressive des services de santé qui n'arrivaient plus à générer les ressources nécessaires à leur fonctionnement correcte et régulier, vu les moyens financiers faibles de nos Etats.

Cette situation serait donc beaucoup plus préjudiciable pour les populations pauvres que l'on voudrait justement favoriser par la politique des Soins gratuits.

On constate que les budgets de santé des Etats baissent tandis que les dépenses de santé des familles augmentent.

Une des possibilités réside dans la prise en charge des soins de santé de la mère et l'enfant au niveau de chaque collectivité.

Avec l'adoption de l'INITIATIVE DE BAMAKO, les pays Africains espèrent une amélioration de la santé des populations pauvres et vulnérables.

Il s'agira, en effet d'améliorer et d'étendre les soins de santé primaires par le biais d'une disponibilité permanente et d'une plus grande accessibilité aux médicaments essentiels en noms génériques, dans les structures sanitaires gérées avec la participation de la communauté des habitants.

Ces structures sanitaires autogérées devront générer les ressources nécessaires à leur fonctionnement grâce à un système de recouvrement des coûts basé sur la volonté de faire assurer par la collectivité bénéficiaire des soins l'ensemble des dépenses de fonctionnement du centre de santé afin d'obtenir une meilleure protection des groupes cibles Mères- Enfants.

5^{ème} PARTIE

**PERSPECTIVE DE LA MISE EN OEUVRE DE
L'INITIATIVE DE BAMAKO ET CONCLUSION**

- 22 - Maïga M.D.
Contribution des Activités de planification familiale à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali.
Bamako, 1977, Thèse de Médecine.
- 23 - Le Monde diplomatique:
Etat d'Alerte en Afrique: Comment garantir le droit de tous à la santé ? - Juin 1989.
- 24 - MSP/AS
Programme national de santé maternelle et infantile, plan quinquennal 1988-1990
Direction Nationale de la Santé Publique, Division Santé Familiale, Bamako, 1988
- 25 - MSP/AS-CASFN
Rapport d'activités-1987
- 26 - MSP/AS-CASFN
Rapport d'activités-1988
- 27 - MSP/AS-DSF
Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de thérapie, de rehydratation par voie orale. Attitudes des prescripteurs et vendeurs face aux SRO et à leur commercialisation-PNLMD-Bamako, Sept. 1989, 57 pages
- 28 - MSP/AS-DSF
Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques-1989-1992, Sept. 1988, 12 pages.
- 29 - MSP/AS-DNPFSS
Annuaire statistique des services socio-sanitaires 1987 Koulouba.
- 30- MSP/AS.
Plan de relance des SSP-Initiative de Bamako, Cadre conceptuel-Koulouba-Août 1989-Bamako.
- 31- Mme TOURE Fatoumata DIALLO
Etude de l'Utilisation de la rehydratation orale dans le poste de référence du CASFN de Bamako-Décembre 1986, Décembre 1987, Thèse médecine, 1er Mars 1988, 48 pages.

ANNEXE (3 b)

SYMPOSIUM DES ARTISTES ET DES INTELLECTUELS
SUR LA SURVIE ET LE DEVELOPPEMENT DES ENFANTS
DANS LES PAYS DE LA LIGNE DE FRONT ET EN AFRIQUE
AUSTRALE

HARARE, ZIMBABWE - 1-5 MARS 1988

LA DECLARATION D'HARARE

LA DECLARATION D'HARARE

Le Symposium des Artistes et des Intellectuels sur la Survie et le Développement de l'Enfant tenu du 1er au 5 mars 1988 à Hararé, a permis aux Artistes et aux Intellectuels de comprendre de façon émouvante et dramatique, les réalités qui affectent la survie des mères et des enfants dans le pays de la ligne de Front et en Afrique Australe, et ce à la suite du Symposium de Dakar tenu du 21 au 23 mars 1987 et qui avait débattu des questions relatives à la survie et au développement des enfants en Afrique.

Le témoignage émouvant que les enfants du Mozambique, de l'Angola et du Zimbabwe ont donné à Hararé ont prouvé une fois de plus, le caractère inhumain et monstrueux de l'Apartheid.

L'Apartheid mutilé et tue les enfants; exerce une pression sur les pays de la ligne de Front en paralysant leurs économies et en détruisant tout espoir de vie ou d'assurance pour l'avenir. Par conséquent, les pays de la Ligne de Front ne peuvent mettre en oeuvre de façon permanente aucune sorte de stratégie pour la survie, la protection et le développement de leurs enfants.

Il est urgent de renforcer la solidarité entre les Etats Africains et avec la Communauté Internationale en tenant compte des recommandations:

- du Symposium de Dakar sur la Contribution des Artistes et des Intellectuels à la Survie et au développement des Enfants en Afrique, tenu les 22 et 23 mars 1987 au Sénégal;
- de la réunion du Comité Préparatoire du Symposium d'Hararé, tenue les 6 et 7 juillet 1987 à Dakar, Sénégal;
- de la résolution AHG/Res.2 (XXIII) de l'Organisation de l'Unité Africaine déclarant 1988 l'Année de l'Enfant Africain ; et
- de l'atelier organisé en décembre 1987 à Dakar au cours du Festival Panafricain des Arts et de la Culture (Fespac) et qui a rassemblé plus de 300 Artistes et Intellectuels de la Diaspora, venus discuter du sort et des besoins de l'enfant africain.

1. URTNA: Union des Radiodiffusions et Télévision Nationales Africaines.

2. PANA : Agence Panafricaine d'Information

3. APAPE: Association de la presse africaine pour l'enfance.

De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès des :
Intellectuels et artistes pour l'Afrique

c/o UNICEF

B.P. : 443, Abidjan 04. Côte d'Ivoire ou bien

c/o UNICEF

B.P. : 44145, Nairobi, Kenya : ou bien

c/o UNICEF

DIPA. UNICEF House

3 UN Plaza, New York, NY 10017

Etats-Unis d'Amérique.

5 Collaborer étroitement avec les organisations médiatiques régionales et continentales telles que L'URTNA¹, la PANA², l'APAPE³, de même qu'avec les groupes parlementaires, les organismes religieux et éducatifs, les organisations philanthropiques, les associations féminines, les groupements sociaux en faveur de la protection et du développement de l'enfant africain.

Afin de faciliter la mise en oeuvre du présent plan d'action, les participants au symposium de Dakar sur la mobilisation sociale en faveur de la survie et du développement de l'enfant africain décident par la présente de :

1.- Désigner un groupe de liaison spécial comprenant un nombre restreint d'artistes et d'intellectuels chargés d'initier dans l'immédiat l'exécution du plan d'action, en étroite coopération avec l'UNICEF et sous les bons offices des Ambassadeurs itinérants de l'UNICEF pour la cause de l'enfance, Mme Liv Ullmann et M. Harry Belafonte.

Le groupe de liaison est également chargé d'assister l'UNICEF à la mise en place des comités d'artistes et d'intellectuels visant à promouvoir la mobilisation sociale dans l'intérêt de l'enfant africain dans chaque pays africain .

Enfin, dans l'espoir de convoquer un autre symposium d'artistes et d'intellectuels à l'échelle continentale, le groupe de liaison devra élaborer des plans détaillés en vue de la création d'une association ou d'une fondation internationale d'artistes et d'intellectuels pour la survie et le développement de l'enfant africain.

2. Lancer un appel aux Gouvernements africains, aux organisations régionales et continentales, à l'UNICEF, aux organisations et instances internationales de même qu'aux hommes et femmes de bonne volonté en Afrique et partout ailleurs dans le monde afin d'aider à identifier des fonds pour la mise en oeuvre du présent plan d'action .

3. - Recommander que l'UNICEF mette sur pied une unité ou un département spécial chargé de superviser et de coordonner l'exécution du plan d'action de Dakar et de donner un appui logistique au groupe de liaison désigné par le symposium.

Par ailleurs étant donné que notre responsabilisé ne consiste pas simplement à assurer la survie de l'enfant africain sur le plan purement physique mais davantage, à contribuer à l'épanouissement de sa croissance mentale et intellectuelle, nous décidons par la présente de nous engager à oeuvrer en vue de la réalisation des objectifs suivants, tant à titre individuel que collectif et ce, en collaboration avec les autorités gouvernementales, les institutions et organismes spécialisés.

1. Entreprendre des actions concrètes pour promouvoir les intérêts et le bien-être des femmes et des jeunes filles, l'intimité de la relation mère-enfant et rendre ainsi le sort de l'enfant africain indissociable de celui de la mère. Cela implique:

a) Une éducation formelle et informelle visant à susciter une prise de conscience plus aigüe de nos populations féminines.

b) Une prise en considération de la santé des femmes.

c) Des dispositions institutionnelles et structurelles qui tiennent compte des responsabilités et des obligations de la femme à l'égard du jeune enfant, en particulier en ce qui concerne les horaires de travail.

d) Une technologie appropriée et bon marché, des méthodes qui facilitent l'amélioration des soins et l'éducation réservée à l'enfant africain.

e) Un effort des artistes et intellectuels à comprendre les besoins et les préoccupations spécifiques des femmes et aider à focaliser sur ceux-ci l'attention de la société dans son ensemble.

2. Promouvoir des projets et stratégies de développement rural et des programmes d'éducation des adultes au regard de l'intime relation qui existe entre l'amélioration des conditions de vie et des opportunités pour l'ensemble de la population africaine, et la surveillance développement de l'enfant africain.

3. Contribuer à l'amélioration de la qualité et du contenu de l'éducation scolaire primaire par le biais de réformes des programmes, par la fourniture accrue d'infrastructure et aide didactique et par la formation d'enseignants et instructeurs.

4. Assurer qu'en dehors du cadre de l'éducation formelle, des efforts soutenus sont déployés pour créer et distribuer des programmes télévisuels et radiophoniques réalisés localement, des disques, des bandes magnétiques et des films spécialement conçus pour les jeunes enfants.

- c) Les déclarations faites et les actions entreprises par les pouvoirs publics pour la défense des intrêts de l'enfant africain.
3. La diffusion d'informations et d'idées aux fins de mobiliser les collectivités et les sociétés en faveur des soins à l'enfance.
4. La collaboration avec d'autres groupes d'intérêt et professionnels de même qu'avec les décideurs de façon à réaliser l'objectif de la mobilisation sociale pour la survie et le développement de l'enfant africain.
5. La promotion de liaisons organiques avec les chefs des collectivités et des communautés de base, avec les artistes, les travailleurs et les communicateurs dans les régions rurales et dans les zones urbaines sous-privilégiées afin de remplir les objectifs de la présente stratégie.
6. L'utilisation efficace des techniques des moyens de communication de façon à élargir la portée et accroître l'impact des messages conçus afin de susciter la prise de conscience des besoins de soins infantiles. Nous devons tous particulièrement nous atteler:
- a) Réaliser une série de films documentaires visant à mobiliser l'Opinion publique en faveur de la protection de l'enfant africain.
- b) Réaliser des programmes télévisuels et des pièces de théâtre radiodiffusés dans chaque pays tant dans les langues locales qu'internationales de façon à éduquer et à informer l'ensemble de la population sur la nécessité de protéger la vie et les intérêt de l'enfant africain.
- c) Réaliser une série de disques et de bandes magnétiques comprenant des chansons et des messages défendant la cause de l'enfant africain .
- d) Publier des livres, brochures, journaux et revues, des affiches et des feuillets pour contribuer aux objectifs de la mobilisation sociale.
- e) Utiliser tous les moyens disponibles sous toute forme pertinente: visuelle, linguistique et culturelle afin de communiquer avec les populations qui ont besoin de comprendre les principes et techniques qui peuvent contribuer à la protection et au développement de l'enfant africain.

ANNEXE 3a

MOBILISATION SOCIALE POUR LA SURVIE ET
LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Symposium sur la contribution
des intellectuels et artistes africains
à la survie et au développement
de l'enfant en Afrique

PLAN D'ACTION DE DAKAR POUR LA SURVIE, LA PROTECTION
ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANTS AFRICAIN
Dakar - Sénégal 21-22- Mars 1987

Si tout ce qu'il faut pour sauver la vie de millions d'enfants africains consiste pour les familles comme pour les collectivités vivant partout sur notre vaste continent, à apprendre à utiliser des techniques et des remèdes bon marché et aisément accessibles, qui donc manquerait de générosité et de sentiments humanitaires au point de refuser de contribuer à garantir le don de la vie ?

Ceux d'entre nous qui vivons en Afrique et qui, par nos capacités et notre créativité en tant qu'artistes, ou par notre savoir et notre sensibilité en tant qu'intellectuels, sommes à même de contribuer de diverses manières à la mobilisation sociale, nécessaire à la survie et au développement de l'enfant africain décidons, par la présente, d'agir toutes affaires cessantes, en nous engageant individuellement et collectivement à défendre une stratégie d'action qui implique :

1. La quête de l'engagement et de la participation de nos collègues et associés qui n'ont pas eu le privilège d'assister au présent colloque en partageant avec eux les informations et le savoir qui ont été mis à jour à cette occasion .
2. La prise de mesures positives de nature à combler le fossé qui existe actuellement entre:
 - a) La mortalité infantile exagérément élevée, totalement injustifiée et cependant entièrement réversible si l'on prend soin de la combattre par des actions adéquates.
 - b) L'existence de connaissances aisément accessibles et utilisables et de techniques simples d'une part, et leur réelle utilisation par les collectivités et les familles d'autre part.

5) prie le directeur régional de :

- i) renforcer la collaboration avec les Etats Membres pour atteindre le but fixé pour 1990, en mettant spécialement l'accent sur la gestion du programme, la logistique et la chaîne du froid;
- ii) améliorer, en collaboration avec l'UNICEF et les autres Organisations du système des Nations-Unies, la coordination, la mobilisation et une meilleure utilisation des ressources destinées à la mise en oeuvre du PEV;
- iii) continuer à faire rapport au Comité régional sur les progrès accomplis par ce programme en vue d'atteindre l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2 000;
- iv) transmettre ce rapport comme contribution de la région Africaine au rapport d'activités du Directeur général du Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la santé;

6. félicite le Directeur régional de ses efforts pour renforcer les programmes nationaux de vaccination.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Comité régional de l'Afrique

Résolution
adoptée le 17 septembre 1985
proclamant 1986 Année africaine de la vaccination

Le Comité régional,

ayant examiné le rapport du directeur régional
Programme élargi de Vaccination dans la Région
africaine : évaluation à la mi-décennie
(document AFR/RC35/21);

Considérant la résolution AFR/RC31/R14,

- 1) approuve le rapport du directeur régional qui expose clairement la situation du PEV dans la Région africaine;
- 2) apprécie le soutien considérable apporté au PEV par d'autres organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales;
- 3) invite les Etats Membres à accélérer la mise en oeuvre du PEV conformément aux recommandations du rapport et faire en sorte que d'ici à 1990 les objectifs de ce programme soient atteints;
- 4) décide d'instituer 1986 Année africaine de la Vaccination au cours de laquelle les Etats Membres sont invités à mettre en oeuvre des mécanismes permettant d'améliorer la couverture vaccinale des populations cibles;

ANNEXE (4)

1945- 1985
40 année d'activité des Nations-Unies
au service du monde

UNICEF : Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résolution du Conseil d'administration de l'UNICEF
relative à la célébration du 40^e anniversaire de
l'Organisation des Nations-Unies
proposée par le Bangladesh
adoptée le 25 avril 1985

Le Conseil d'Administration,

réaffirmant son attachement aux principes et aux
objectifs de la Charte des Nations - Unies,

prenant note de la résolution 39/161 (A) de l'Assemblée
générale, relative à la célébration du 40^e anniversaire
de l'Organisation des Nations Unies,

1. demande instamment qu'à l'occasion de la célébration
du 40^e anniversaire de l'Organisation, une attention
spéciale soit accordée au bien-être et aux intérêts des
enfants, futurs citoyens du monde et que tous les pays
continuent à donner un rang de priorité élevé aux besoins
et au développement des enfants, en tant qu'éléments
faisant partie intégrante des plans et politiques
nationaux;

2. appelle l'attention des dirigeants mondiaux sur la
nécessité de réaffirmer leur volonté accrue d'accélérer
la mise en oeuvre de la révolution relative à la survie
et au développement de l'enfant et de réaliser d'ici à
1990 la vaccination universelle qui permettra de réduire
considérablement parmi les enfants le nombre de morts
dues à des causes évitables;

3. demande que la déclaration qui doit être adoptée par
consensus le 24 octobre 1985 à l'issue de la session
commémorative fasse également mention de ces buts et
objectifs importants pour le bien-être des enfants;

4. prie également le directeur général de porter le
contenu de la présente résolution à l'attention de tous
les intéressés.

- ANNEXES -

1. - Résolution du C.A. de l'UNICEF
2. - Résolution OMS /V
3. - Résolutions des Symposiums des Intellectuels et Artistes Africains en faveur de la survie de l'enfant:
 - a) - DAKAR
 - b) - HARARE
 - c) - BAMAKO
4. - Liste des 100 premiers motifs de consultations au Centre d'Application en Santé Familiale et Nutritionnelle (CASFN)

- 32- M S H - I U E D
Bien gérer les médicaments. Version française traduction
de Pascale Brudon - Jakobowicz
Boston, Mars, Management Science For-Health-1984-617 p.
- 33- OMS
Sixième rapport sur la situation sanitaire dans le monde
(1973-1977) - Partie I: Analyse globale-Gêneve 1980.
- 34- OMS
La réaffirmation d'Alma-Ata: RIGA.
Situation à mi-parcours et perspectives
OMS-press-22 Avril 1988-communiqué OMS/17.
- 35- Pop SAHEL - CERPOD
Le Sahel en lutte. Pour que baisse la mortalité No 10-
Août 1989 - 30 pages.
- 36- Philippe Engelhard, Moussa SECK, TAOUFICK Ben ABDALLAH
Vivre et mourir en Afrique
Enda Edition, 4 et 5, rue Kleber, Dakar.
- 37- PRITECH/ SAHEL
Les Maladies Diarrhéiques dans le SAHEL
Données épidémiologiques et premiers résultats des
programmes de lutte - Dakar (Sénégal) - Août 1989.
- 38- PROST (A)
Service de santé en pays Africain
Leur place dans les structures socio-économiques.
- 39- UNICEF
Femmes et Enfants au Mali, une analyse de situation
Paris, 1989, 251 pages.
- 40- UNICEF/OMS
Initiative de Bamako, 1989, 12 pages.
- 41- UNIVERSITE de Columbia
Le Planning Familial: son effet sur la santé de la
femme et de l'enfant.
Centre pour la population et la santé Familiale,
Faculté de Medecine, Université de Columbia, New-York,
1981, 56 pages.
- 42- Welfens- Ekra C. : Pour une maternité sans risque:
Système de Soins de Santé élémentaires en Afrique au
Sud du Sahara. Abidjan , 1988, polycopié, 26 pages.

ANNEXE (3c)

3^{ème} Symposium Panafricain

ARTISTES ET INTELLECTUELS POUR LES ENFANTS AFRICAINS:

L'INITIATIVE DE BAMAKO OU LA PARTICIPATION DE LA
COMMUNAUTE AU SOUTIEN DE LA SURVIE ET AU DEVELOPPEMENT
DE L'ENFANT

Bamako, Mali , 6-8 Mars 1989

Le Manifeste de Bamako

Nous, artistes, écrivains et intellectuels africains, présents au Symposium sur "l'Initiative de Bamako ou la participation de la Communauté au soutien de la Survie et du Développement de l'Enfant", tenu à Bamako, Mali du 6 au 8 Mars 1989, sommes convenus de ce qui suit:

La situation des enfants africains reflète les conditions sociales, économiques et politiques du continent; leurs conditions de santé, d'éducation et de développement ont été particulièrement affectées par la dette, la détérioration des termes de l'échange, la récession économique, la dégradation de l'environnement et les conflits armés;

La communauté internationale n'a pas encore répondu d'une manière adéquate aux problèmes économiques africains et à leurs solutions, telles que présentées dans le programme prioritaire de l'OUA et le plan d'action des NATIONS-UNIES pour le Redressement et le Développement Economiques de l'Afrique;

Les taux de mortalité infantiles demeurent trop élevés et inacceptables: quatre millions d'enfants meurent chaque année de malnutrition, diarrhée, rougeole, paludisme...autant de causes qui peuvent être évitées.

Des enfants qui passent le cap des cinq premières années, trop nombreux sont ceux qui vivent dans des conditions d'extrême pauvreté, sans que soient satisfaits leurs besoins fondamentaux en nourriture, logement et habillement et avec un accès limité à l'eau potable, aux services de santé, d'éducation, d'assainissement et autres services essentiels. Tout ceci est en violation de leurs droits. ce gaspillage inadmissible de ressources humaines précieuses, qui ne seront plus disponibles dans l'avenir, hypothèque le développement futur de l'Afrique.

4.3 Les participants ont encore reconnu, alors que partout les enfants sont et peuvent être agent du changement social, les enfants en détresse dans les Etats de la Ligne de Front et en Afrique Australe sont des agents particulièrement importants de leur propre survie et développement.

Afin de faciliter la mise en oeuvre du Plan d'Action de Dakar, développé et complété à Hararé, l'on devrait demander l'UNICEF qui a été en première ligne en ce qui concerne la défense de la survie et du développement de l'enfant, de promouvoir tout effort déployé par les nations, les organisations internationales et non-gouvernementales en vue de réaliser rapidement ces objectifs.

Tous les délégués sont conscients qu'il est temps d'agir. La mort de tout enfant diminue chacun de nous. Ce qui n'a pas été semé au printemps de notre présent ne sera pas récolté dans notre avenir collectif.

Hararé, Zimbabwe
5 mars 1988.-

3.2 Au niveau international, les artistes de diverses parties du monde devraient mobiliser les enfants pour produire des oeuvres d'art, en solidarité avec les enfants des Etats de la Ligne de Front.

3.3 Les poètes devraient écrire pour les enfants. Ils ont jusqu'ici négligé les chansons d'enfant et se sont plus adonnés à la poésie pour adultes et pour les enfants plus âgés.

Il est important de replonger l'enfant africain dans son environnement culturel, en l'éduquer dans sa langue, lui permettant ainsi de comprendre et d'avoir une vision du monde, non pas centrée sur l'Europe, mais sur l'Afrique. Le langage et la capacité de concevoir devraient être de la plus haute importance.

3.4 Une approche particulière, telles que les programmes de théâtre pour le développement, menés dans un certain nombre de pays en Afrique, devraient être développés partout. Dans ce contexte les messages aux communautés, loin d'être des produits pré-emballés prêts à être consommés par une audience qui ne posera pas de questions, devraient être l'émanation du public lui-même.

3.5 Au niveau international, l'on devrait formuler des plans pour la création d'un mouvement mondial des artistes; ainsi tous les artistes du monde qui sont solidaires de l'enfant africain, concentreront leur énergie sur la création d'une prise de conscience internationale des questions relatives à la survie et à la réhabilitation de l'enfant en Afrique Australe.

3.6 Les media en Afrique, devraient recevoir leurs priorités. Par exemple, au lieu d'acheter des films à l'eau de rose de l'occident, comme c'est la tendance actuelle, l'on devrait utiliser les fonds pour la production de programmes nationaux et régionaux, chansons, pièces de théâtre et danse sur la survie de l'enfant. Les responsables politiques devraient être sensibilisés à ces demandes.

- 3.7 Les programmes spécifiques devraient être montrés afin de libérer les enfants de la domination culturelle des mass-média étrangers tels que la télévision, leur permettant ainsi de chanter leurs propres chants, danser leurs propres danses, apprécier leurs artistes, réaffirmer leur identité culturelle et devenir les agents de leur propre survie et développement.
- 3.8 Les services de l'Organisation de l'Unité Africaine devraient être utilisés afin de mettre sur pied un mécanisme devant promouvoir les objectifs de la survie de l'enfant dans la région et de porter secours aux enfants traumatisés des suites de l'apartheid.
- 3.9 En vue de mettre en oeuvre et de coordonner toutes ses suggestions et activités, les comités nationaux des artistes et des intellectuels devraient être formés aussi rapidement que possible, conformément au Plan d'Action de Dakar.

4. Les enfants, agents pour la survie et le développement de l'enfant

- 4.1 Les participants ont été unanimes à reconnaître que le point culminant du symposium a été le témoignage vivant que les enfants de l'Angola, du Mozambique et du Zimbabwe ont porté sur leur sort, criant leur colère contre les crimes dont ils sont victimes et identifiant l'apartheid comme la menace réelle à la survie et au développement des enfants dans les Etats de la Ligne de Frond et en Afrique du Sud.
- 4.2 Les participants ont par ailleurs observé que les enfants ont leurs propres idées et qu'ils sont artistes et intellectuels de plein droit. Pour les participants, la tâche la plus importante consiste à trouver les moyens permettant aux enfants d'articuler leur points de vue sur leur survie et leur développement, leurs besoins et sur les actions à mener afin de garantir leur survie et leur développement.

- 2.1 faire prendre conscience au public des réalités que vivent les femmes et les enfants suite à la crise de la dette et ce par des séminaires, des débats publics, des émissions radiodiffusées, les journaux, les magazines;
 - 2.2 Montrer par des faits, des chiffres et des exemples vivants le coût que la dette et les mesures d'ajustement structurel ont eues les femmes et les enfants. L'on devrait également mettre l'accent sur l'impact psychologique qu'ont sur les familles la baisse du pouvoir d'achat la "famine cachée" résultant de la malnutrition compte tenu du prix de plus en plus élevé des denrées alimentaires, et du manque d'installations sanitaires adéquates qui ne peuvent être entretenues faute de ressources suffisantes.
 - 2.3 Mener des campagnes afin de dissuader les gouvernements d'aggraver la crise en adoptant des mesures telles que l'allocation des meilleures terres arables aux cultures de rente aux dépens de la production vivrière. Tous les efforts devraient être faits afin que l'impact de la dette sur les enfants et les femmes constitue une question à débattre avec les banquiers et les fonctionnaires des ministères des Finances. L'on devrait s'assurer que les mesures d'ajustement structurel, lorsqu'elles doivent être prises, garantissent les besoins élémentaires de la communauté toute entière.
 - 2.4 Les mesures d'ajustement structurel contenues dans les accords que les pays passent avec le FMI, devraient faire l'objet d'un débat public. A cette fin, les artistes et les intellectuels devraient utiliser leur talents et leur position professionnelle pour faire appel à une démocratisation des nouvelles et des media permettant un débat complet des questions, notamment celles concernant les secteurs les plus pauvres de la communauté.
3. Le rôle des artistes et des intellectuels dans la promotion de la survie et du développement de l'enfant après Dakar et Hararé:
- 3.1 Les enfants devraient être au centre des activités menées par les artistes et les intellectuels. Les enfants ne devraient pas être seulement sujets de travaux d'art ou spectateurs mais également des participants, acteurs, musiciens et auteurs.

RECOMMANDATIONS

Les 140 participants du symposium (1-5 mars 1988) venus de quelque 28 pays, se sont engagés individuellement et collectivement à mener les actions suivantes portant sur :

1. Le Mozambique, l'Angola et les autres Etats de la Ligne de Front:

- 1.1 Echanger entre eux et avec des participants des autres pays, des informations sur la situation dramatique des enfants souffrant des horreurs perpétrées par le système de l'apartheid et ses partisans;
- 1.2 Organiser et collecter des fonds nécessaires à ces pays dans leur lutte pour détruire l'apartheid, principal obstacle à la survie et au développement de l'enfant dans la région.
- 1.3 Un puissant mouvement de solidarité devrait être créé aux Etats-Unis, en Europe et dans les autres pays industrialisés en vue d'établir l'alliance la plus large possible contre le soutien tacite et ouvert que les gouvernements de ces pays donnent au régime de l'apartheid.
- 1.4 Les témoignages de victimes des horreurs perpétrées au Mozambique et en Angola devraient, dans la mesure du possible, être disséminés aux Etats-Unis, en Europe Occidentale et au Japon en vue d'éveiller l'opinion publique et de rendre compte des atrocités macabres de la guerre non déclarée que l'apartheid fait subir aux innocents.
- 1.5 Utiliser le plus possible le matériel audio-visuel (films, vidéo cassettes, audio-cassettes, etc) pour dépeindre la situation.
- 1.6 Intensifier les pressions pour isoler le régime de l'apartheid de tous les spectacles et toutes les manifestations sportives internationales. Les artistes violant la règle de l'isolement de l'Afrique du Sud devrait être censurés en interdisant leur musique sur les radios nationales.

1.7 Entreprendre une action immédiate afin de soutenir le travail de réhabilitation, notamment par la fourniture d'équipement aux centres de formation pour les enfants handicapés physiques et mentaux.

1.8 Les artistes et les Intellectuels devraient profiter de chaque occasion pour visiter le Mozambique, l'Angola et les autres Etats de la Ligne de Front, victimes de l'agression sud-africaine, de façon à ce que leur travail reflète la situation réelle.

2. La crise de la dette, l'ajustement structurel et la survie et le développement de l'enfant

Le symposium des Artistes et des intellectuels soutenant les enfants des Etats de la Ligne de Front ont analysé les effets de la dette et des mesures d'ajustement structurel sur la survie et le développement de l'enfant. Les participants ont reconnu le caractère négatif et sévère de l'impact que ces mesures imposées par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale ont sur les pays de la région.

Ils ont par ailleurs noté que les femmes et les enfants sont les premières victimes des mesures d'ajustement structurel et qu'ils n'ont pas pris part dans la formulation des politiques socio-économiques nationales et internationales, ce qui a mené à la crise actuelle. Il est dès lors important de cerner, au moment de l'élaboration des politiques, qui contracte les dettes, qui tire profit de la dette et qui porte le fardeau de la dette.

Les pays débiteurs ne devraient pas être seuls responsables de la dette, alors que dans le passé, les pays créditeurs ont déversé de l'argent dans ces pays, en ne tenant pas tellement compte de leurs besoins, mais en faisant plutôt jouer des intérêts ou en soutenant des régimes impopulaires.

Le symposium a toutefois fait remarquer que certains gouvernements utilisent souvent la question de la dette pour dissimuler leur échec interne. Un tel comportement n'aide assurément pas ces gouvernements à résoudre la crise. Les Artistes et les Intellectuels ont reconnu la nécessité de prendre en compte les causes tant internes qu'externes de la crise et d'être aussi critique envers les premières que les secondes.

Les participants du symposium proposent le calendrier suivant à court et à long termes:

Tenant compte de l'esprit et des promesses de l'Année Internationale de l'Enfant (1979), nous faisons appel à tous les gouvernements africains afin qu'ils mettent en oeuvre, dès que possible, la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant dont l'adoption est prévue pour 1989. Le symposium et les activités menées par les Groupes Nationaux d'Action formés après le Symposium de Dakar, illustrent combien il est nécessaire de continuer la mobilisation des artistes, des intellectuels et des communicateurs aux niveaux national, régional et continental.

La mobilisation de l'appareil gouvernemental pour des campagnes destinées aux communautés de base afin d'atteindre l'Immunisation Universelle des Enfants d'ici 1990 est l'une des tâches immédiates à entreprendre. Chaque enfant africain doit être vacciné contre les six maladies mortelles principales que sont la rougeole, la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, la tuberculose et la coqueluche. L'on devrait poursuivre l'information des parents sur l'utilisation de mesures salvatrices simples mais efficaces tels que les sels de réhydratation orale.

Il est impératif que les parents, les membres de la famille élargie, la communauté tout entière soient encouragés à prendre et à soutenir les pratiques de l'allaitement maternel et du sevrage, la sécurité alimentaire, l'espacement des naissances et la promotion de l'éducation des femmes.

S E R M E N T D E G A L I E N

Je jure en présence des maîtres de la Faculté des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, en aucun cas, je ne consentirai à utiliser ma connaissance et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

MALADIES	CODES	NOMBRE OBSERVATIONS	CUMUL	%
GROSSESSE	6	464	464	12.45
DOULEURS PELVIENNES	21	406	870	23.34
AMENORRHEE	9	368	1238	33.22
CERVICITE	1	235	1473	39.52
VULVO VAGINITE	26	210	1683	45.16
STERILITE	3	178	1861	49.93
LEUCORRHEE	8	167	2028	54.41
DYSMENORRHEE	22	166	2194	58.87
TROUBLE DU CYCLE	2	139	2333	62.60
FROTTIS	77	126	2459	65.98
ANNEXITE BILATERALE	24	105	2564	68.80
ANNEXITE DROITE	12	93	2657	71.29
AVORTEMENT	16	85	2742	73.57
HYPERMENORRHEE	15	84	2826	75.83
RETARD DES REGLES	10	83	2909	78.05
ANNEXITE	19	75	2984	80.06
CYSTITE	29	46	3030	81.30
HYPOMENORRHEE	13	44	3074	82.48
PREMENOPAUSE	30	43	3117	83.63
ENDOCERVICITE	11	36	3153	84.60
PALUDISME	27	28	3181	85.35
ENDOMETRITE	39	22	3203	85.94
PRURIT VULVAIRE	37	21	3224	86.50
ULCERATION VULVAIRE	34	21	3245	87.07
TEST UCGU	61	19	3264	87.56
INFECTION URINAIRE	59	18	3282	88.06
CANDIDOSE	31	15	3297	88.46
METRORRAGIE	25	12	3309	88.78
KYSTE OVAIRE	17	12	3321	89.11
FIBROME	85	12	3333	89.43
VULVITE	72	10	3343	89.70
VEGETATION VENERIENNE	80	10	3353	89.97
DYSPAREMIE	40	10	3363	90.23
DOULEUR ABDOMINALE	55	10	3373	90.50
CONSULTATION POSTNATALE	41	10	3383	90.77
MORT NE	75	9	3392	91.01
COLOPATHIE	47	8	3400	91.23
DERMATOSE VULVAIRE	44	8	3408	91.44
R A S	95	8	3416	91.66
FRIGIDITE	45	7	3423	91.84
HEMATURIE	69	6	3429	92.00
BARTHOLINITE	51	6	3435	92.17

GYNECOLOGIE C.A.S.F.N

MALADIES	CODES	NOMBRE OBSERVATIONS	CUNUL	%
FURONCLE PUBIEN	38	5	3440	92.30
MASTITE	91	5	3445	92.43
SUSPICION G E U	57	5	3450	92.57
GRASTRAGIE	46	5	3455	92.70
ANEMIE	58	5	3460	92.84
TRICHOMONIASE	32	4	3464	92.94
ACCOUCHEMENT PREMATURE	94	4	3468	93.05
HEMORROIDE	78	4	3472	93.16
ACCES FEBRILE	62	3	3475	93.24
GROS UTERUS	68	3	3478	93.32
CONSTIPATION	73	3	3481	93.40
APPENDICITE	67	3	3484	93.48
DERMATOSE INGUINALE	81	3	3487	93.56
DW POSITIF	56	3	3490	93.64
PROLAPSUS	64	3	3493	93.72
HEMORRAGIE	50	3	3496	93.80
DOULEUR PERIOMBILICALE	33	2	3498	93.86
TUMEUR LATERO UTERIN	84	2	3500	93.91
VERTIGES	87	2	3502	93.96
TROUBLE PUBERTAIRE	20	2	3504	94.02
POLYPE DU COL	86	2	3506	94.07
ANXIETE	54	2	3508	94.12
VOMISEMENT	63	2	3510	94.18
DOULEUR A LA MICTION	71	2	3512	94.23
OVARITE GAUCHE	74	2	3514	94.28
UTERUS RETROVERSE	35	2	3516	94.34
CYSTOCELE	42	2	3518	94.39
TRAUMATISME DE L'HYMEN	79	2	3520	94.45
OLIGURIE	99	1	3521	94.47
INFECTION PUERPERALE	53	1	3522	94.50
TEST COMBS	88	1	3523	94.53
ASCITE	100	1	3524	94.55
HEMATURIE	23	1	3525	94.58
CORPS INTRAUTERIN	96	1	3526	94.61
PLANNING FAMILIAL	60	1	3527	94.63
STAPHYLOCOCCIE	48	1	3528	94.66
COL FERME	70	1	3529	94.69
CONSULTATION CHIRURGICALE	65	1	3530	94.71
DOULEUR A L'OVULATION	93	1	3531	94.74
BALONNEMENT	92	1	3532	94.77
RHUMATISME ARTICULAIRE	90	1	3533	94.79
BEANCE DU COL	43	1	3534	94.82
PSYCHOSE PUERPURALE	66	1	3535	94.85
DESTRUCTION DE TROMPE	82	0	3535	94.85
ANKYLOSTOMIASE	98	0	3535	94.85
TROUBLE NEUROVEGETATIF	97	0	3535	94.85
TROUBLES SYMPTOMATIQUES	7	0	3535	94.85
AMAIGRISSEMENT	76	0	3535	94.85
METRITE	18	0	3535	94.85
ECTROPION	52	0	3535	94.85

GYNECOLOGIE C.A.S.F.N

MALADIES	CODES	NOMBRE OBSERVATIONS	CUNUL	%
NAUSEE	69	0	3535	94.85
TROUBLE DIGESTIF	49	0	3535	94.85
STAPHYLOCOCCIE	5	0	3535	94.85
TROMPE BOUCHE	28	0	3535	94.85
NEVRITE	83	0	3535	94.85
TOTAL		3535		

7. Entreprendre des recherches et utiliser les connaissances et expériences déjà disponibles en Afrique et dans d'autres pays pour montrer les effets négatifs et inacceptables de la dette et des politiques d'ajustement structurel telles qu'appliquées actuellement et de proposer des nouvelles politiques qui reflèteraient véritablement un "ajustement à visage humain" et un développement centré sur les communautés.

8. Travailler conjointement avec tous les intéressés en vue de l'adoption de la Convention sur les Droits de l'Enfant par l'Assemblée générale des Nations-Unies à sa session de 1989 et de sa ratification rapide par tous les pays africains;

9. S'assurer que les populations africaines sont informées sur l'apartheid et la déstabilisation en Afrique Australe, et particulièrement sur l'impact de ces politiques sur les enfants, et aider la mise en oeuvre de mesures mettant fin à ces pratiques;

10. Attirer l'attention sur la souffrance et les décès d'enfants victimes de guerres civiles en Afrique, et encourager l'adoption de mesures permettant de banir la violence et limiter ses effets néfastes sur les enfants,

11. Faire connaître le sort des enfants du Sahel et, en même temps, conscientiser sur les effets de la dégradation de l'environnement sur tout le continent et la nécessité de prendre des mesures urgentes pour renverser la situation,

12. Faire connaître les mesures prises pour convoquer un Sommet mondial sur l'Enfance et participer à la campagne d'information sur cette rencontre,

13. Appuyer les efforts entrepris en Afrique et par la communauté internationale dans la mise en oeuvre d'un Plan d'Action pour la relance et le développement en Afrique,

14. Les artistes, écrivains et intellectuels africains lancent un appel exceptionnel aux Chefs d'Etats et de Gouvernement, directement et par le biais de l'OUA, pour qu'ils exploitent au maximum toutes les possibilités de développement, en particulier au niveau local, en créant un environnement où tous les agents de changement social ont toute latitude pour participer entièrement au développement national.

Comme stipulé dans la Déclaration de Hararé, toutes les initiatives en faveur de la survie de l'enfant, à tous les niveaux, doivent prendre en considération l'identité culturelle des peuples et des communautés africains.

Nous, artistes, écrivains et intellectuels africains,

Notons également que l'Assemblée générale des Nations Unies envisage l'adoption d'un projet de Convention sur les Droits de l'Enfant dans le courant de cette année;

Notons en outre l'intérêt croissant manifesté pour la proposition d'organiser un sommet international consacré aux enfants;

Sommes aussi conscients de notre responsabilité à exploiter nos différents talents pour aider les familles et les communautés dans leurs efforts de protection des enfants;

Prenons acte enfin du plan d'Action de Dakar des Artistes et intellectuels pour la Protection, la Survie et le Développement de l'Enfant Africain ainsi que la Déclaration d'Hararé des Artistes, Ecrivains et Intellectuels pour la Survie et le Développement de l'Enfant dans les Etats de la Ligne de Front et de l'Afrique Australe.

Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, les participants au Symposium de Bamako s'engagent à mettre en oeuvre et recommandent aux autres intéressés le Plan d'Action ci-après, visant à :

1. Encourager la mobilisation continue des artistes, des intellectuels et autres communicateurs, modernes et traditionnels pour la survie et le développement de l'enfant aux niveaux local, national, régional et continental;
2. Reconnaître le rôle des communicateurs traditionnels et utiliser plus pleinement leur expérience dans tous les programmes de mobilisation sociale, partout en Afrique;
3. Encourager la mise en place de groupes de journalistes intéressés aux questions de survie et de développement de l'enfant;

4. Promouvoir la création et le développement de groupes d'action et comités nationaux de soutien à l'enfance, dans les pays africains où ils n'existent pas encore;
5. Faire en sorte que tous les créateurs, dans tous les domaines, s'associent aux autres couches de la société pour promouvoir une grande Alliance pour les enfants;
6. Soutenir, en utilisant leurs talents spécifiques, les efforts des gouvernements, des communautés et des familles et autres, visant à promouvoir des soins de santé efficaces, entre autres par :
 - La mise en oeuvre de stratégies dans l'esprit de l'Initiative de Bamako,
 - la vaccination universelle de tous les enfants d'ici 1990,
 - la promotion sur une plus grande échelle de la thérapie de réhydratation par voie orale,
 - la promotion de l'allaitement maternel et de bonnes pratiques de sevrage,
 - la promotion du contrôle de la croissance de l'enfant,
 - le soutien aux programmes d'éducation des jeunes filles et des femmes,
 - l'appui aux programmes de sécurité alimentaire au niveau des familles,
 - le soutien aux programmes d'espacement des naissances.

De plus, les pertes en vie humaine et les souffrances qu'endurent les enfants de l'Afrique Australe dues à la politique d'apartheid et de déstabilisation ainsi que la situation particulière des enfants du Sahel liée à la dégradation de l'environnement sont tragiques et intolérables;

Les conflits armés et les guerres civiles qui dans certaines parties du continent affectent les populations, en particulier les groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants, constituent un obstacle majeur à la survie et au développement de l'enfant;

Face à l'urgence muette que représente la mort évitable de quatre millions d'enfants survenant chaque année en Afrique, il est impérieux de mettre en oeuvre des programmes au bénéfice des enfants, en particulier la mobilisation sociale préconisée par l'UNICEF, l'OMS et leurs alliés;

La plupart des problèmes majeurs de santé et des décès prématurés peuvent être évités par un changement de comportement humain et par des actions efficaces et peu coûteuses pour la survie et le développement de l'enfant, telles que la vaccination, la thérapie de réhydratation par voie orale qui ont sauvé des millions de jeunes vies à travers le monde.

L'Initiative de Bamako, approuvée en septembre 1987 par les ministres africains de la santé et entérinée par le Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine à Addis Abeba en mai 1988, fournit une nouvelle stratégie pour relancer et soutenir les soins de santé primaires en Afrique et promouvoir ainsi un développement communautaire comme réponse à la situation de crise économique que connaît le continent.

Il importe de reconnaître prioritairement le rôle important que jouent les femmes africaines dans la survie et la santé de l'enfant ainsi que le lien direct entre l'éducation et la santé des femmes, d'une part, et le bien-être de la mère et de l'enfant, d'autre part.