

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

77-7-7

CONTRIBUTION DES ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE
A L'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT
EN MILIEU RURAL AU MALI

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 1977
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du
Mali

par

Mademoiselle Mariam Djibrilla Maïga
née le 2 juillet 1951 à Ansongo
pour obtenir le grade de

Ecole de Médecine du Mali

Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Examineurs de la Thèse :

Professeur Comlan A. A. Quenum..... Président
Docteur Faran Samaké.....)
Docteur Koné Diabi.....) Juges
Docteur Hubert Balique.....)

ANNEE ACADEMIQUE 1976 - 1977

Directeur général : Professeur Aliou BA
Directeur général adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire général : Monsieur Godefroy COULIBALY
Econome : Monsieur Moussa DIAKITE
Conseiller technique : Professeur Agr. Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeurs :

- Yves MILLET : Physiologie, Marseille
- Sadio SYLLA : Anatomie-Dissection, Dakar
- Oumar SYLLA : Chimie organique, Dakar
- Humbert GIONC-BARBER : Pharmacodynamie, Dakar
- H. G. GRAS : Toxicologie-Hydrologie, Dakar
- J. JOSSELIN : Biochimie, Dakar

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteurs :

- KOPP : Anatomie-Pathologie-Histologie, Marseille
- LAFFARGUE : Obstétrique, Marseille
- SAUVAN : Biophysique, Marseille
- Madame GIONO-BARBER : Anatomie-Physiologie humaines, Dakar

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeurs :

- Aliou BA : Ophtalmologie
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale
- Mohamed TOURE : Pédiatrie
- Souleymane SANGARE : Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE : Pharmacologie-Matières médicales
- Pierre SAINT-ANDRE : Dermato-Vénérologie-Léprologie
- Philippe RANQUE : Parasitologie
- Bernard DUFLO : Pathologie médicale-Thérapeutique

ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUES

Docteurs :

- Faran SAMAKE : Psychiatrie
- Aly GUINDO : Sémiologie digestive
- Abdoulaye AG-RHALY : Sémiologie rénale
- Sory KEITA : Microbiologie
- Yaya FOFANA : Microbiologie
- Moctar DICP : Sémiologie chirurgicale
- Balla COULIBALY : Pédiatrie-Médecine du travail
- Benitieni FOFANA : Obstétrique
- Mamadou Lamine TRAORE : Gynéco-Obstétrique-Médecine légale
- Boubacar CISSE : Dermatologie
- Yacouba COULIBALY : Stomatologie
- Sidi Yaya SIMAGA : Santé publique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Mesdames :

- Camara (Sarata) MAIGA : Chimie organique
- Keita (Oulematou) BA : Biologie animale

Monsieur :

- ESPINOSA : Hygiène du milieu

CHARGES DE COURS

Docteurs :

- Diénébou DOUMBIA : Chimie générale, minérale et organique
- L. AVRAMOV : Psychiatrie
- Christian DULAT : Microbiologie
- Patrick DEFONTAINE : Physiologie-Anesthésie-Réanimation-Toxicologie
- Marie-Colette DEFONTAINE : Gynécologie-Hématologie
- Emile LOREAL : O.R.L.
- Gérard TRUSCHEL : Anatomie-Traumatologie-Sémiologie chirurgicale
- Henri DUCAN : Pathologie cardio-vasculaire
- Boukassoum HAIDARA : Galénique-Chimie organique
- Elisabeth ASTORQUIZA : Epidémiologie
- Hubert BALIQUE : Santé publique
- Rémy FAURE : Radiologie
- Elie HAMAOUI : Urologie

Madame :

- Brigitte DUFLO : Sémiologie digestive

Professeurs :

- Tiémoko MALLET : Mathématiques
- Mamadou GUISSÉ : Mathématiques
- N'Golo DIARRA : Botanique
- Ibrahim TOURE : Physique
- Lassana KEITA : Physique
- Alassane CISSE : Physiologie générale-Cryptogamie

Messieurs :

- OLIER : Hydrologie
- MARTIN : Chimie analytique

CE TRAVAIL EST DEDIE

A NOTRE REGRETTEE CHERE MERE

Tu m'as conduite sur le chemin de cette vie pendant 20 ans seulement et tu as disparue; depuis je n'ai point perdu courage. J'ai toujours marché dans le respect du sillage de ta mémoire dont enfin j'entrevois les lueurs.

A NOTRE PERE

En faible témoignage de mon affection indéfectible et filiale.

A NOS FRERES & SOEURS

En témoignage d'affection et en remerciement pour le réconfort que vos conseils n'ont cessé de m'apporter pendant mes années d'étude.

AUX FAMILLES

- El Hadj Moussa MAIGA à Bamako

Pour votre sollicitude et pour votre présence affectueuse qui m'ont toujours été d'un précieux réconfort.

- Mamadou SOW à Bamako

Pour votre compréhension, votre soutien moral et le confort que vous m'avez assuré pendant mes études.

A NOTRE AMI ALASANE BATHILY

Pour ton soutien moral et tes encouragements incessants dans le déroulement de ce travail

Veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Comlan A. A. QUENUM
Directeur du Bureau régional de l'CMS pour l'Afrique

Pour tout l'intérêt que vous accordez aux problèmes de santé
en Afrique;

Pour l'assistance que l'CMS fournit à notre pays dans les domaines
les plus divers, notamment dans la formation de personnels sani-
taires et la lutte contre les fléaux;

Pour l'intérêt particulier qu'il a trouvé dans ce sujet adapté
aux besoins de notre pays;

Pour l'honneur qu'il nous fait de présider cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments
les plus dévoués.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Madame Koné DIABY

Nous avons trouvé auprès de vous une précieuse assistance dans l'élaboration de ce travail, malgré vos multiples occupations quotidiennes

Permettez-nous d'ajouter à l'expression de notre admiration celle de notre reconnaissance pour l'effort que vous avez fourni pour concilier cette tâche et vos multiples occupations.

Monsieur Faran SAMAKE

Malgré vos multiples occupations, vous avez bien voulu participer à l'élaboration de ce travail,

Permettez-nous d'exprimer ici toute notre gratitude et nos sentiments très respectueux.

Monsieur Hubert BALIQUE

C'est pour nous un agréable devoir de lui témoigner toute notre reconnaissance, ainsi que notre admiration pour le chemin parcouru ensemble à l'occasion de ce modeste travail;

En nous aidant grâce à sa riche expérience à élaborer cette thèse, il a honoré l'engagement pris un jour, de se consacrer aux multiples problèmes de santé publique de notre pays avec nous.

A Monsieur le Professeur Aliou BA[^]
Directeur de l'Ecole Nationale de Médecine de Bamako

Pour la constance avec laquelle il a contribué à notre formation,
Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A Messieurs les Professeurs :

- Mamadou DEMBELE
- Souleymane SANGARE

Pour l'intérêt que vous nous avez toujours témoigné tout au long
de nos études,

Notre profonde reconnaissance.

A tous nos Maîtres de Faculté et à tous nos Chefs de service

Pour l'enseignement et la formation professionnelle qu'ils nous ont donnés,
Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de notre respectueuse
gratitude.

A tout le personnel de l'Ecole de Médecine

A tout le personnel de l'Association Malienne pour la Protection
et la Promotion de la Femme (AMPPF), en particulier

- à Monsieur Garba KEITA
- à Monsieur Soriba DEMBELE

A Monsieur Seydou CUSMANE DIALLO
Chef de la Division Santé Familiale

Pour votre collaboration dans la réalisation de ce travail,
Nos remerciements et profonde reconnaissance.

A tous les étudiants de l'Ecole de Médecine

Pour leur dire courage.

A toute notre promotion

- A notre regretté Abdoulaye KCNATE

Votre image restera à jamais gravée dans notre mémoire.

A Monsieur C. GANTIN

Fonctionnaire régional OMS

Vos innombrables occupations ne vous auraient point permis de nous accueillir en ce moment; cependant, par votre courage et votre souci de bien faire, vous les avez sacrifiées.

Permettez, je vous prie, que la gratitude de notre coeur salue vos qualités morales et professionnelles, sociales et que vos lumières nous éclairent sur le chemin de la vie.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur C. N'KOUMCU-WOOD

Fonctionnaire régional de l'CMS chargé du Mali

A Monsieur K. E. ADIKPETC

A Monsieur F. R. JEJEY

A Monsieur D. K. KWAWU

Chef du POOL

Nos sincères remerciements.

	<u>Page</u>
5. ETUDE DE CERTAINS FACTEURS SOCIO-SANITAIRES D'ACCEPTABILITE DE LA PF EN MILIEU RURAL BAMBARA	26
5.1 Description de la zone d'étude : Massantola	27
5.2 But de l'étude	30
5.3 Organisation matérielle de l'étude	31
5.4 Méthodologie utilisée	31
5.5 Déroulement de l'enquête	35
5.6 Résultats de l'étude	36
5.6.1 Résultats de l'étude relative aux femmes	36
5.6.2 Résultats de l'étude relative aux hommes	56
6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	60
6.1 Conclusions	61
6.2 Recommandations	63
ANNEXES	
1. République du Mali - Carte administrative	66
2. Organigramme - Ministère de la Santé	67
3. Analyse des tâches et problèmes qu'aura à résoudre la matrone rurale	68
4. Projet d'ordonnance sur les pratiques tendant à la régulation des naissances en République du Mali	74
5. Liste des contraceptifs traditionnels disponibles au Centre pilote de Bamako	75
6. Activités de planning familial au cours de neuf mois de l'année 1975	76
7. Financement des cliniques de planification familiale - Celles prévues pour 1978	77
8. Carte de Massantola	78
9. Enquête sur la relation pouvant exister entre la vie sexuelle de la femme et la mortalité des enfants - Interrogatoire de 102 mères	79
10. Bilan obstétrical de la mère	80
11. Enquête auprès des femmes sur l'acceptabilité de la planification familiale	81

	<u>Page</u>
12. Fiche d'examen des enfants de moins de cinq ans	83
13. Enquête auprès des hommes sur l'acceptabilité de la planification familiale	84
14. Place des activités de planification familiale au sein des soins de santé primaires (SMI/PF)	14
BIBLIOGRAPHIE	88

1. INTRODUCTION

Le Mali est un vaste pays de 1 204 000 km² situé au Sud du Sahara et, dont la population est d'environ 5 185 000 habitants. Sa densité moyenne oscille autour de 4,4 habitants au km². Il apparaît donc comme un pays sous-peuplé. Cependant, il a entrepris à partir de 1972, des activités de Planification familiale sur une petite échelle, c'est-à-dire des activités localisées dans la capitale à Bamako. Mais très vite, ces activités se sont étendues à plusieurs centres de la capitale, et, secondairement à quelques chefs-lieux de régions.

Il semble donc surprenant que ce pays sous-peuplé, s'engage dans une politique de planification familiale. L'analyse de la situation sanitaire montre que les raisons suivantes ont milité en faveur de cette option :

- une mortalité et une morbidité maternelles et infantiles élevées, liées à des grossesses multiples, rapprochées et souvent compliquées;
- un niveau économique bas;
- l'existence de problèmes de stérilité;
- et une couverture sanitaire insuffisante, particulièrement dans le domaine important de la SMI etc.

Ces différentes raisons, jointes à des obstacles socio-culturels non négligeables, ont amené le Gouvernement malien à opter pour une politique de planification familiale. Mais il faut préciser que celle-ci s'entend essentiellement comme un espacement des grossesses et la lutte contre la stérilité.

Au Mali, les services et les activités de planification familiale au départ ont été entrepris de façon isolée; mais à présent, la stratégie en vigueur vise à les intégrer au sein des services et des activités de santé maternelle et infantile (SMI); ceci est d'autant plus vrai qu'au cours de mes études médicales, nous avons été très tôt familiarisée avec des notions de planification familiale à l'occasion de nos différents stages de SMI, de Pédiatrie et d'Obstétrique.

Ces stages, ainsi que nos observations et nos réflexions personnelles sur la situation de la mère et de l'enfant dans mon pays, m'ont naturellement conduite au choix du sujet de cette thèse.

1.1 Quelques données démographiques et sanitaires au Mali

1.1.1 Données démographiques

- 5 542 592 habitants en 1974 avec 4,4 habitants au km²
- 0 - 4 ans = 20 %
- 5 - 14 " = 29 %
- 0 - 19 " = 59 %
- Femmes de 15 à 49 ans = 25 %
- Population rurale = 85 %
- Population urbaine = 15 %
- Taux de scolarisation :
 - en 1971 = 21 %
 - en 1975 = 25 %
- 10 368 villages de 5 habitants au km²

1.1.2 Paramètres de santé

- 1 lit d'hôpital pour 1 200 habitants, soit 8 lits pour 10 000 habitants
- 1 médecin pour 40 000 habitants
- 1 sage-femme pour 20 000 habitants
- 1 infirmier d'Etat pour 18 000 habitants
- 1 matrone pour 30 000 habitants (en 1974)
- 56 centres de SMI au Mali dont
 - 5 sont à Bamako
 - 41 centres de SMI et/ou maternités dans 41 chefs-lieux de cercles et quelques gros villages.

1.2 Mortalité - Natalité

1.2.1 Mortalité

- Mortinatalité	=	4,1 %
- Mortalité néonatale précoce	=	1,3 o/oo
- " infantile	=	120 o/oo
- " de 0 à 5 ans	=	300 à 400 o/oo
- " maternelle enregistrée dans les maternités	=	2,7 o/oo
- " générale brute	=	30 o/oo

1.2.2 Natalité

- Taux de natalité	=	55 o/oo
- Accroissement naturel	=	2,5 %
- Espérance de vie	=	36 ans

2. RAISONS DU CHOIX ET LIMITES DU SUJET

Notre but en choisissant ce sujet de thèse est d'essayer de montrer, comment, par le biais de la planification familiale, le Mali peut améliorer les conditions de vie de la mère et de l'enfant en milieu rural.

Pour y parvenir, nous avons effectué une étude en zone rurale à Massantola à 150 km de Bamako. On sait que les activités de planification familiale ne sont vraiment entreprises que dans la capitale à Bamako et dans quelques chefs-lieux de Région. Cependant, nous avons délibérément choisi de faire notre étude en milieu rural dans le but de voir quels sont les attitudes, les comportements de ce milieu vis-à-vis de la planification familiale. Ceci, pensons-nous, devra permettre de déterminer les facteurs favorables ou défavorables dont il faudra tenir compte lorsque, dans les années à venir, il sera décidé d'étendre la planification familiale à ce milieu rural qui, à notre avis, en a le plus besoin.

3. ORGANISATION ET ADMINISTRATION DES SERVICES DE SMI AU MALI

Nous présenterons schématiquement l'organisation et l'administration des services de SMI au Mali en insistant surtout sur les services périphériques.

Le Mali est divisé en six régions placées chacune sous l'autorité d'un gouverneur. Les régions sont composées de 42 cercles qui sont subdivisés en 286 arrondissements. Les arrondissements sont divisés en secteurs (gros villages), puis en villages (voir carte Annexe 1).

L'infrastructure des services de santé est calquée sur l'organisation administrative avec décentralisation au niveau de chaque région. Ainsi, le département de la santé est placé sous la responsabilité du Ministre de la Santé et des Affaires sociales, qui définit et met en oeuvre la politique du Gouvernement en matière de protection sanitaire et sociale. La Direction nationale de la Santé publique et celle des Affaires sociales sont chargées de l'exécution.

3.1 Au niveau central (voir organigramme Ministère de la Santé - Annexe 2)

Il est difficile de préciser le début des activités de SMI au Mali, mais celles-ci ont effectivement démarré en 1959 par l'Institut national de Prévoyance sociale (INPS) qui a ouvert le premier centre de SMI du Mali à Bamako, encore appelé PMI centrale. Depuis cette date, six autres centres ont été construits à Bamako et à Koulikoro. Ainsi, une section de l'hygiène de la maternité et de l'enfance existe et est rattachée à la Division de médecine socio-préventive, qui est elle-même rattachée à la Direction nationale de la Santé publique.

Le Médecin-chef de la section est également médecin-chef de la PMI centrale, où il s'occupe des soins à donner à l'enfant et à la mère, de la formation du personnel. Ses activités multiples constituent un handicap majeur à la pleine réalisation de son rôle qui est d'élaborer, de coordonner, d'administrer et d'évaluer les programmes de santé maternelle et infantile.

A partir du 18 mars 1975, cette section a été remplacée par la Division de la santé familiale qui contrôle ainsi les activités de santé familiale dans les centres de SMI et les maternités. Cette Division a été placée sous la responsabilité d'un médecin-chef qui joue en même temps le rôle de Directeur général adjoint de la santé publique.

A Bamako, les services de SMI sont : la SMI centrale, les SMI de Niarela, Badolaborigou, Missira, Hamdallaye. Ils sont tous dirigés par des médecins.

3.2 Au niveau régional

Dans chaque région existe une Direction régionale de la santé qui administre, supervise et coordonne les activités dans les formations médico-sociales de la région. Mais jusqu'à présent, il n'existe aucun responsable direct de la SMI malgré les prévisions du plan décennal 1966-1976 selon lesquelles, dans chaque région, il est nommé un médecin-chef responsable des SMI, des maternités et de l'hygiène scolaire. Les activités de SMI sont mises en oeuvre à l'hôpital régional (service de pédiatrie, maternité) et au centre de santé de la commune, qui dans la plupart des cas assure aussi des consultations de santé maternelle et infantile. Ces activités sont dirigées par des sages-femmes, sous la responsabilité du médecin directeur régional.

Dans chacun des 42 cercles existent des activités de SMI (généralement dans les locaux de la maternité); elles sont dirigées par des sages-femmes sous le contrôle du médecin-chef du centre de santé et un infirmier d'Etat.

3.3 Activités courantes

- la surveillance de la femme enceinte : activité régulière et constante; les examens plus ou moins complets sont faits à intervalles habituels et leurs résultats transcrits sur fiche, registre ou carnet personnel, présenté à chaque visite;

- la surveillance de l'accouchement : environ 20 % des femmes enceintes accouchent déjà sous contrôle médical (56 000 en 1973 contre 33 000 en 1967), et spécialement dans les capitales régionales, la coordination entre SMI et maternité s'améliore progressivement;

- la surveillance médicale de la nouvelle accouchée est rare même dans les grands centres, à cause de la réclusion de la mère pendant les quatre semaines suivant les couches; ce n'est qu'à l'occasion du premier passage à la SMI pour présenter le nouveau-né que la femme est revue (et le plus souvent pas examinée);

- la surveillance de la santé des enfants jusqu'à un an est bien suivie et s'accroît régulièrement (127 324 en 1973 contre 84 882 en 1964), mais après cet âge, l'enfant ne sera le plus souvent revu que lorsque malade;

- les immunisations : dépendent le plus souvent des arrivages de vaccins fournis par les aides internationales; et de ce fait irrégulières et non suivies; cependant, la campagne de masse de BCG est terminée et l'entretien tend à s'améliorer;

- la chimioprophylaxie du paludisme : n'est pas toujours faite. Elle dépend, elle aussi, des fournitures irrégulières; cependant, une partie non négligeable des familles se procure des anti-paludiques auprès des dépôts de la pharmacie populaire; des distributions, quoique irrégulières, sont aussi assurées par le service qui se charge des achats de comprimés pour une somme assez modique;

- la distribution des vitamines ou des médicaments spécialisés : se fait de façon irrégulière, malgré les sérieux efforts des services de l'UNICEF;

- l'éducation pour la santé et nutritionnelle : séances irrégulières et assez peu suivies.

3.4 Au niveau périphérique (milieu rural)

L'organisation de la SMI au niveau périphérique se fait à l'image du niveau central. Les activités de SMI sont surtout exercées dans les maternités rurales.

Les maternités rurales sont construites en banco par les villageois isolément ou en collaboration avec le Gouvernement. Ainsi, en novembre 1976, il existait :

- 15 maternités rurales à Kayes
- 110 " " " Bamako
- 107 " " " Sikasso
- 21 " " " Ségou
- 9 " " " Mopti
- 1 maternité rurale à Gao (tous les résultats ne sont pas parvenus).

Activités et personnel de SMI

Les accouchements ont lieu soit à la maternité rurale du secteur, soit à domicile dans des conditions d'hygiène acceptables (section aseptique du cordon, pansement ombilical, etc.). En cas de dystocies, les femmes sont évacuées sur le centre de santé de cercle.

- Les consultations prénatales : la surveillance de la grossesse, et l'évacuation de la femme sur le centre de santé de cercle en cas de grossesse pathologique.

- Les consultations post-natales : les femmes ne sont plus revues une fois qu'elles quittent la maternité sauf quand l'enfant est malade.

- L'éducation pour la santé et nutritionnelle.

3.4.1 Matrone rurale

Elle s'occupe des activités de SMI au niveau de l'arrondissement. Elle assure les accouchements à domicile, et suit les femmes en se déplaçant dans un rayon de cinq à 10 km.

Quand on a abordé les soins de santé primaires avec la construction des maternités rurales au niveau des secteurs sanitaires de base, la matrone rurale s'est installée la maternité où les femmes se rendent pour les accouchements surtout et certaines activités de SMI (consultations prénatales, soins aux nourrissons et examens des enfants malades, etc.). Ceci a été une réalisation complète, surtout dans la région de Sikasso et de Bamako où l'opération "matrone rurale" a démarré successivement en 1970 et en 1973.

Ailleurs, dans les autres régions, la réalisation des activités de SMI en milieu rural est progressive; par contre dans la région de Gao, l'irrégularité dans l'acheminement des rapports au niveau central est un handicap pour l'évaluation des activités des SMI.

Le programme de formation des matrones rurales est basé sur l'avant-projet formulé en avril 1974 dont le but est de diminuer les risques de mortalité et morbidité maternelle et infantile liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période de sevrage.

Ainsi, le tableau ci-dessous donne une idée de la répartition des matrones rurales selon les régions en novembre 1976 :

	Région Kayes	Région Bamako	Région Sikasso	Région Ségou	Région Mopti	Région Gao
Nombre de matrones rurales	17	74	94	11	68	1

En août 1976, la Division de la santé familiale, avec la collaboration de l'OMS a établi un projet portant sur l'analyse des tâches et les problèmes de SMI qu'aura à résoudre la matrone rurale :

- i) surveillance prénatale
- ii) accouchement
- iii) post-partum
- iv) consultation post-natale
- v) gestion d'une maternité rurale
- vi) activités d'animation : participer aux activités d'animation et d'éducation pour la santé (Annexe 3).

3.4.2 Accoucheuse traditionnelle de village

Actuellement au niveau des villages, l'accoucheuse traditionnelle est le pivot des activités de SMI; elle a reçu une formation d'une semaine à dix jours au sein de la maternité de son secteur; compte tenu du rôle très important qu'elle joue dans la société villageoise, cette formation lui permet de faire les accouchements dans des conditions d'hygiène acceptables. Après sa formation, elle dispose au sein de la maternité rurale de village de : nattes, alcool, mercurochrome, lames, bandes, etc.

Elle fait les enregistrements d'état civil avec l'agent sanitaire de village. Elle est la conseillère technique de l'association villageoise des femmes.

Le tableau suivant donne une idée de la répartition des accoucheuses traditionnelles selon les régions en 1976 :

Régions	Kayes	Bamako	Sikasso	Ségou	Mopti	Gao
Nombre d'accoucheuses traditionnelles recyclées	2	5	-	22	40	5
Accoucheuses recyclées au sein des centres de développement communautaires	-	-	75		5	2

Dans certaines régions, des accoucheuses traditionnelles ont été recyclées à l'occasion des opérations de développement communautaire : c'est le cas par exemple de l'opération "riz de Ségou" et de l'opération "pêche de Mopti". Le souhait du Gouvernement malien est d'étendre cette expérience des maternités rurales à tout le territoire.

3.5 Cas particulier de Bamako

- Deuxième région économique du Mali, couvre 90 000 km² avec 900 292 habitants, soit 10 habitants au km².

- Commune de 400 000 habitants est à la fois capitale de la République du Mali, chef-lieu de la deuxième région, et chef-lieu du cercle de Bamako.

- Répartition inégale de la population entre les sept cercles qui la composent (Kolokani, Koulikoro, Bioila, Banamba, Kangaba, Nara et Bamako).

3.5.1 Organisation et administration des activités de SMI à Bamako

Bamako est le siège de l'échelon central. L'infrastructure sanitaire y est beaucoup plus développée qu'ailleurs. Mise à part la Direction nationale de la santé familiale dont le rôle a été décrit plus haut, l'infrastructure sanitaire en matière de SMI est faite comme suit :

- la Direction nationale des Affaires sociales qui exerce des activités de SMI par l'intermédiaire des centres sociaux;

- au niveau des deux hôpitaux nationaux (celui du Point G et de Kati), il existe deux maternités;

- au niveau de l'hôpital régional (Gabriel Touré), il existe un service de pédiatrie dont les activités sont surtout curatives; une maternité de 128 lits, un service de gynéco-obstétrique;

- les centres de SMI sont au nombre de six répartis entre les différents quartiers de la ville sous la responsabilité de médecins-chefs de centre;

- au niveau des cercles de Bamako, les activités de SMI sont assurées dans les centres de santé (à raison d'un centre de santé par cercle)

En plus de ces établissements où se pratiquent des activités de SMI, il faut citer :

- l'Institut national de prévoyance sociale "INPS" qui a ouvert le premier centre de SMI du Mali en 1959 à Bamako; il continue jusqu'à présent de financer le budget de fonctionnement de trois des six centres (Kali, Badalabougou, Niarela). Il possède en plus un réseau de centres médicaux inter-entreprises (MMIE) qui, en dehors des activités de dispensaire et de médecine du travail, exercent également des activités complètes de SMI par l'intermédiaire de sages-femmes recrutées par l'INPS. Il existe actuellement trois centres médicaux inter-entreprises en activité à Bamako; un autre devrait être en fonction depuis janvier 1976. Des centres sont prévus dans les chefs-lieux de région. Les rapports de ces centres sont directement transmis à l'INPS.

- Le service médical de l'Armée qui est théoriquement sous le contrôle de la Direction nationale. En fait, il est autonome et cependant : une maternité en trois centres de SMI intégrés aux services de santé de base de l'année.

- Le cabinet médical d'Etat qui est un centre de diagnostic et de traitement payant, appartenant à la Pharmacie populaire du Mali (société d'Etat). Il comporte une salle d'accouchement, prodigue des consultations prénatales, pratique la surveillance de certains nourrissons, les vaccinations.

4. PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI ET SON
INTEGRATION DANS LES ACTIVITES DE SMI

Dès 1970 le Gouvernement malien était préoccupé par les différents problèmes sanitaires de la mère et de l'enfant. En effet, malgré les activités intenses des SMI et des maternités, le taux de mortalité, de morbidité chez la mère et chez l'enfant continuent d'être très élevés (voir données sanitaires sur Mali, page 3). En milieu rural, la situation est beaucoup plus dramatique.

Compte tenu de cette situation et des besoins exprimés par certaines femmes, le Gouvernement a donc décidé d'organiser la santé familiale. Par santé familiale, le Gouvernement malien entend : les activités de prévention, de soins et de promotion sanitaire destinées aux mères, aux enfants et aux familles. Des organismes internationaux ont été contactés pour la mise en place d'une telle organisation.

4.1 Historique et principales étapes

En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par le Centre de Recherche pour le Développement international (CRDI) à Montréal. A la suite de ce séminaire, le Gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 et 2 de la loi du 31 juillet 1920.

En octobre 1971, signature d'un accord entre le CRDI et le Gouvernement pour un projet d'assistance en planification familiale couvrant une période de quatre ans.

Au début de 1972, ouverture du centre pilote de PF à Bamako. Ses activités étaient basées sur : soins, recherches, informations, formation du personnel en PF.

En mai 1972, un projet d'ordonnance légalise la pratique de la planification familiale au Mali (voir Annexe n° 4).

Les promoteurs maliens du projet pilote devraient après deux ans de fonctionnement, faire un rapport et conseiller le Gouvernement sur une politique de planification familiale. Ceux-ci voulaient faire preuve de beaucoup de discrétion, à cause des tabous religieux et du contexte social maliens. Leur objectif principal étant un espacement des naissances et non pas une limitation des naissances.

En mars-avril 1973, le premier séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako avec la collaboration de l'équipe de recherche du centre pilote, équipe mixte malieno-canadienne. En mai 1973, organisation du premier séminaire intersyndical sur la Planification familiale à Bamako.

En juillet 1973, ouverture du centre de la SMI de Niarela qui s'installe d'emblée en centre de santé familiale. Une antenne de Planification familiale y est créée, et confiée à une Gynécologue assistée d'une sage-femme et d'une aide sociale. La même année, le Gouvernement décide d'étendre les activités de planification familiale aux centres de SMI de Bamako et des autres capitales régionales.

A Bamako, il s'agit de :

- hôpital Gabriel Touré
- " du Pont "G"
- PMI de Badalabougou
- " centrale
- " Hamdallaye
- " Missira
- " Niarela
- centre médical inter-entreprises II.

Les régions concernées par cette décision sont :

- Kayes
- Ségou
- Mopti
- Sikasso

En avril, mai 1974, organisation d'une mission conjointe Gouvernement/FNUAP/UNICEF/OMS à Bamako, établissant un plan d'action sur cinq ans.

En novembre 1974, à la suite de cette mission, une requête du Gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé familiale au Mali.

En décembre 1974 s'est tenu le Congrès constitutif de l'Union nationale des Femmes du Mali qui a recommandé :

- d'une part la diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles, à partir de la classe de 7è (équivalent de 6è A en France);
- et d'autre part l'extension de la planification familiale au Mali.

En mars 1975, l'Arrêté n° 795/MSP/AS/CAB du 19 mars 1975 a créé la Division de la santé familiale rattachée à la Direction nationale de la Santé publique. Cette Division remplace l'ancienne section d'hygiène de la maternité et de l'enfance rattachée à la Division de la médecine socio-préventive. Ce même Arrêté nomme un médecin à la tête de la Division.

Une décision n° 0079/MSP/AS/CAB du 18 mars 1975, complète l'organigramme de la Santé, établi le 26 janvier 1974, et attribue au Directeur de cabinet la charge de "suivre spécialement au niveau du cabinet tous les problèmes relatifs à la santé familiale".

En novembre-décembre 1975, un projet de séminaire sur la planification familiale est organisé par l'Union nationale des Femmes du Mali.

En ce qui concerne l'extension des activités des planification familiale, elle s'est faite et localisée essentiellement, outre à Bamako, dans les chefs-lieux de région cités ci-dessus.

4.2 Organisation et fonctionnement des Services de Planification familiale (PF)

Les services de PF se résument à l'heure actuelle en un centre pilote, aux antennes avancées de PF dans les SMI à Bamako et dans la plupart des chefs-lieux de régions. Mais en milieu rural proprement dit, c'est-à-dire dans les arrondissements et dans les villages, il n'y a pas encore d'activité de PF.

4.2.1 Principales activités entreprises au Centre pilote de Bamako

- Le centre est créé par l'association malienne pour la protection et la promotion de la femme (AMPPF).
- L'aide financière du CRDI a assuré son fonctionnement jusqu'en 1976, date à laquelle la Fédération internationale pour le Planning familial (IPPF) a pris la relève.

Il est composé :

- du bureau national chargé de l'administration générale et de la gestion;
- de la clinique pilote où se déroulent les activités de PF

i) L'information du public :

- elle se fait de bouche à oreilles par l'intermédiaire du personnel médical et paramédical, ainsi que par les consultantes elles-mêmes, comme le montre le tableau ci-après :

Répartition des Consultantes selon la provenance

Provenance	1972-1973	%	1973-1974	%	1974-1975	%	1975-1976	%	Ensemble	%
Centre social	115	12,7	97	8,6	64	9,0	49	8,3	325	9,7
PMI	61	6,7	84	7,5	41	5,8	4	0,7	190	5,7
Maternités	110	12,1	100	8,9	43	6,0	3	0,5	256	7,7
Pers. Méd.	350	39,4	336	29,9	229	32,2	215	36,3	1.138	34,1
Autres (amis, parents etc.)	232	25,6	468	41,6	254	35,7	297	50,1	1.251	37,5
ND	32	3,5	39	3,5	81	11,4	25	4,2	177	5,3
TOTAL	908	100,0	1.124	100,0	712	100,1	593	100,0	3.337	100,0

La régression de la fréquentation des centres en 1975 et 1976 par rapport à 1972 s'explique par la rupture de stocks de contraceptifs

ii) La formation du personnel médico-social en PF :

Elle a lieu à Bamako et à l'étranger.

a) A Bamako :

- par des séminaires : c'est ainsi que successivement se sont tenus en 1973, le séminaire sur l'éducation sexuelle et le séminaire intersyndical sur la PF; puis en 1976 le séminaire sur la PF organisé par l'UNFM;
- par des stages organisés au niveau de différents centres (centre pilote, centre de Niarela). La durée de stage était de deux semaines à un mois; et le personnel est composé de sages-femmes, d'infirmières, d'aides-sociales etc.). Actuellement, plus de 50 stagiaires ont été formées. En plus, des stagiaires africains venus de l'Ecole nationale de la Santé publique de Rennes ont effectué des stages au centre pilote (soit 10 en 1975 et 3 en 1976);
- par des stages de recyclage : ils sont prévus mais n'ont pas encore démarré.

b) A l'étranger :

Des stages de formation ont eu lieu également à l'étranger.

- Rennes : 1 médecin, 1 infirmier d'Etat, 4 sages-femmes et une aide-sociale;
- Sénégal : 3 sages-femmes;
- ailleurs (Togo, Tunisie, Etats-Unis, Canada).

Leur formation a été financée par le CRDI puis l'IPPF.

iii) La recherche : elle est centrée sur :

- les comportements sociologiques de la clientèle du centre;
- les méthodes contraceptives traditionnelles (liste Annexe 5);
- les moyens traditionnelles de lutte contre la stérilité.

iv) Les méthodes contraceptives utilisées au centre pilote

Les méthodes les plus utilisées au centre concernent dans l'ordre :

- la pose de DIU (sterilet)
- la prescription de contraceptifs oraux (voir tableau ci-dessous)
- la distribution de condoms (chez les hommes).

Méthode	% 1972	% 1973	% 1974	% 1975	% Ensemble
Sterilet (DIU)	85,7	89,8	83,6	70,5	83,7
Pilule	9,5	8,3	14,4	26,8	13,7

L'application de ces méthodes chez les consultantes est toujours précédée d'un examen général, d'examen systématique de gynécologie, de test de grossesse, et si besoin, de prélèvement cervico-vaginal en cas de suspicion d'infection.

En réalité, les activités de recherches n'ont pas pu être mises sur chantier, faute de responsables nationaux à temps plein. Il est prévu trois responsables : un à la recherche, un à l'information et un pour le centre pilote.

4.3 Efforts d'intégration des activités SMI - PF

4.3.1 A Bamako

Le Gouvernement a donné son accord pour détacher du personnel médico-social à temps plein au centre pilote.

Des efforts d'intégration des activités SMI-PF ont été réalisés depuis 1975 avec l'accord du Gouvernement et de la Fédération internationale pour le Planning familial (par des activités de formation du personnel). La création de la Division Santé familiale est une preuve de cette volonté d'intégration. En réalité, il s'agit d'une prise en charge progressive des activités de PF qui se faisaient déjà à Bamako (voir Activités, Annexe 6) et qui étaient jusque là financées par l'AMPPF.

Il faudrait voir par la suite, comment les étendre au niveau au niveau des régions, puis des cercles et enfin en milieu rural. Le financement des cliniques prises en charge par le Gouvernement est assuré par le FNUAP durant trois ans (Annexe n° 7).

La recherche de termes techniques bambaras pour l'information du public et son éducation. Signalons que ces différentes activités de recherche sont encore à leur tout début.

- La formation du personnel des SMI et des maternités par l'AMPPF, et qui effectue des activités de PF dans ces centres;
- les bâtiments : les activités intégrées SMI-PF ont lieu au sein des services de SMI et des maternités et par leur équipement;
- l'approvisionnement en contraceptifs des centres de la Division Santé familiale est fait par l'AMPP;
- le recyclage : il est prévu avec le concours de l'OMS;
- l'éducation des femmes en PF au cours des consultations de SMI.

En conclusion, à Bamako, les activités de PF sont actuellement activités courantes de tous les services de SMI de Bamako, comme les consultations prénatales, les vaccinations, etc.

4.3.2 Dans les régions

Le personnel formé au niveau central en PF réalise plus facilement l'intégration des activités SMI-PF.

En conclusion des efforts d'intégration faits à Bamako ainsi que dans les chefs-lieux de régions, on peut s'attendre à ce que :

- la PF s'introduise en s'intégrant dans la SMI en milieu rural;
- que le centre pilote de Bamako devienne un jour le centre d'approvisionnement de la Division Santé familiale.

4.3.3 Rapports Santé familiale - AMPPF

- a) Créée en 1975, les activités de la Santé familiale sont plutôt passives parce qu'elle n'arrive pas à avoir un budget qui lui soit propre. Le projet de requête qui devrait rentrer en application à partir de janvier 1975 n'a pas été possible. A fin 1975 l'OMS et le FNUAP envoyaient un consultant pour rectualiser la requête. Prévue pour 1976, la date de démarrage des activités a été reportée au 1er octobre 1976 puis à fin décembre 1976. C'est à cette période que le consultant de l'OMS arriva au Mali pour la relance des activités qui alors a été fixée au 1er janvier 1977. Ce n'est qu'en 1977 que la nouvelle et dernière formulation du projet a été approuvée par le FNUAP. Les activités de la Division sont du même ordre que celles du centre pilote.
- b) Le financement des cliniques de la Division est assuré par l'AMPPF en attendant que le budget accordé à la Division y parvienne, de même, la formation du personnel de la Division est assurée par l'AMPPF.

Du point de vue organisation, des réunions périodiques ont lieu entre AMPPF et la Division Santé familiale. Afin de coordonner leurs activités, il y a dans le mois une réunion :

- entre la Division Santé familiale et le personnel des SMI et des Maternités
- entre AMPPF et son personnel
- entre AMPPF et la Division de la Santé familiale.

5. ETUDE DE CERTAINS FACTEURS SOCIO-SANITAIRES D'ACCEPTABILITE
DE LA PF EN MILIEU RURAL BAMBARA

5.1 Description de la zone d'étude : Massantola

C'est un arrondissement du cercle de Kolokani (2è région) couvrant une superficie de 1 350 km². Il est situé à 32 km du chef-lieu de cercle. On rencontre deux types de végétation : la savane sèche (avec Karité, Neré, baobab) et le Sahel (avec ses épineux). En dehors de quelques marigots d'hivernage, ni fleuve, ni affluent ne le traversent. Les routes sont difficiles et impraticables en hivernage. L'arrondissement est peuplé de près de 18 000 habitants, composés à 90 % de bambaras; le reste est constitué de peulhs, et de quelques familles de Maures. La densité de la population est de 11 habitants au km². La majorité des habitants est animiste. Massantola est une région du Beledougou, connue pour sa résistance à l'influence étrangère.

Sur le plan économique, l'agriculture est la principale ressource (mil, arachides, coton, tabac). Le jardinage est inconnu; par contre, la cueillette de Karité, des feuilles, racines et tubercules pour la consommation locale est répandue et l'élevage est relativement important : boeufs, ovins, caprins, ânes représentent également un signe extérieur de "noblesse". Enfin, l'artisanat est de type traditionnel (forgerons, tisserands).

Sur le plan socio-sanitaire, l'arrondissement comprend cinq écoles d'enseignement primaire pour la plupart construites par la population et 30 centres d'alphabétisation fonctionnelle. Le centre de santé de Massantola dépend du centre de santé de Kolokani, dirigé par un médecin. Quatre dispensaires ruraux existent dans l'arrondissement, dont deux ont été construits par la population. Le dispensaire de Massantola, qui est le centre de santé de l'arrondissement, est tenu par un aide-soignant. L'infrastructure se complète par cinq maternités rurales construites par les villageois et tenues par des matrones rurales. Dispensaires, écoles, construites par les villageois sont autant de preuves de l'esprit qui anime les collectivités de l'arrondissement de Massantola.

Sur le plan administratif, Massantola est l'un des quatre arrondissements du cercle de Kolokani dirigé par un chef d'arrondissement qui représente le pouvoir public, composé de secteurs de base divisés en 38 villages ayant chacun à sa tête un chef de village aidé de ses conseillers (carte Annexe 8).

Des raisons profondes ont guidé le Mali à opter pour la création d'une Ecole nationale de Médecine, destinée à former des médecins capables de travailler comme "Médecins de brousse". En fait, l'enseignement dispensé se rapproche de celui dispensé dans les facultés occidentales, et demeure éloigné des réalités du milieu rural malien. Afin de pallier à cette insuffisance, on a pensé à créer un "Centre d'enseignement et de recherche en médecine rurale (CERMR). Il fallait donc choisir un lieu d'implantation de ce centre qui, en reflétant le milieu auquel on veut s'adresser, permettrait d'atteindre les objectifs assignés dans les domaines de la recherche et de l'enseignement.

Les activités de SMI dans cette zone se résument comme suit :

- i) Au niveau du village, l'équipe de santé est composée de l'agent sanitaire de village, de l'accoucheuse traditionnelle et de l'animatrice.

L'accoucheuse traditionnelle : c'est une vieille femme qui est choisie par l'association villageoise des femmes pour sa sagesse et son autorité, elle reçoit une formation de dix jours environ à la maternité, pour lui montrer l'importance de certains comportements nouveaux concernant la grossesse, l'accouchement, l'alimentation et les soins à donner aux enfants. Elle travaille avec l'équipe, en particulier avec l'animatrice.

- Il serait utopique d'attendre d'une vieille accoucheuse traditionnelle un changement radical de comportement. Mais il ne serait pas logique de s'opposer à elle, plutôt l'intégrer à l'équipe pour en faire une "alliée". Le véritable travail de SMI, et de maternité vient de l'animatrice. Pendant de nombreuses années encore, la majorité des accouchements en milieu rural resteront entre les mains des accoucheuses traditionnelles; les négliger serait abandonner une importante partie de femmes en couches à des pratiques aux conséquences souvent graves.
- Les principales activités de SMI sont centrées sur les accouchements des femmes à la maternité ou à domicile (selon la demande et si l'accouchement se présente bien);

sur les règles diététiques à la mère et à l'enfant; sur l'explication aux mères de l'importance de la prévention et sur l'aide de la matrone rurale. Enfin, elle est conseillère technique de l'association des femmes.

- L'animatrice de village : les problèmes de santé de la mère et de l'enfant constituent sa première activité car on ne peut parler de "promotion de la femme" si elle continue de perdre les enfants qu'elle met au monde, et risque à chaque grossesse de mourir ou de rester mutilée. Elle assure en plus de ses activités, des soins curatifs, assure l'éducation pour la santé des femmes dans le domaine de la vie génitale de la femme, de la grossesse, de l'accouchement, de l'hygiène, etc.; l'éducation nutritionnelle des femmes notamment en ce qui concerne la préparation des repas du nourrisson et de l'enfant.

ii) Au niveau de l'arrondissement :

- L'infrastructure est constituée d'une équipe de deux personnes : l'infirmier-chef du dispensaire et une matrone rurale pour la maternité; puis un aide-soignant au niveau de gros villages avec dispensaire rural.
La matrone rurale et l'aide-soignant sont à la charge des fédérations des groupements ruraux, c.à.d des mutuelles des paysans.
- Les activités de la matrone sont centrées sur :
 - les accouchements normaux
 - les activités de SMI au niveau des maternités rurales et des villages qui en dépendent
 - la collaboration et la supervision des accoucheuses traditionnelles
 - l'évacuation des urgences
 - l'éducation pour la santé
 - les vaccinations.

- C'est une jeune fille du niveau certificat d'études primaires recrutée (par concours ou non) pour suivre une formation d'un an dans une maternité afin de diriger une maternité rurale.

5.2 But de l'étude

Nous nous sommes proposé de faire une étude sur le mode de vie des populations rurales, leur comportement vis-à-vis des problèmes de planification familiale, et leurs besoins de la planification familiale. Cela, pensons-nous, devrait nous permettre de connaître les méthodes d'approche et d'éducation de ces populations en matière de PF. Ces méthodes constituent des instruments précieux pour introduire la planification familiale en milieu rural en vue d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

C'est ainsi qu'une partie de la population de Massantola ayant fait l'objet de notre étude nous a donné des renseignements sur :

- certaines habitudes sexuelles du milieu;
- l'état obstétrical, avec étude de l'intervalle moyen entre les grossesses de toutes les tranches d'âge des femmes interrogées;
- l'état nutritionnel des enfants;
- la mortalité par tranches d'âge et les différentes causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans des femmes interrogées;
- l'acceptabilité de la PF par les femmes, et par les hommes;
- les conceptions traditionnelles sur la fécondité et de la stérilité, de la fécondation.

Nous pensons qu'il aurait été intéressant d'étudier plus à fond cette dernière partie, ainsi que les méthodes de contraception traditionnelle. Mais cette étude demanderait beaucoup plus de temps que nous en avons eu, à cause de la méfiance bien connue qui caractérise les populations rurales.

5.3 Organisation matérielle de l'étude

Nous avons eu à notre disposition le matériel suivant :

- une balance pèse-personne
- une balance pèse-bébé
- un mètre ruban
- une toise en planche pour la mesure des tailles, fixée à un tronc d'arbre
- des médicaments de première nécessité pour nous faciliter le travail (l'offre des médicaments était indispensable pour attirer les gens)
- une voiture Land-Rover

L'étude a duré trois semaines (du 4 au 24 juillet 1977). Nos déplacements dans les dix villages visités étaient assurés par la Land-Rover (que l'école a mise à notre disposition) cinq sorties, cinq jours sur sept. Nous quitions à 6 h 30 GMT du matin pour ne revenir à Massantola qu'à 18 heures de l'après-midi. Le lendemain, nous reprenions au même rythme.

5.4 Méthodologie utilisée

Les étudiants préparant des sujets de thèse en santé publique sont venus travailler sur le terrain. Ces thèses, bien qu'individualisées par leurs "préparateurs", forment ensemble un tout et sont complémentaires les unes des autres, ce qui a conduit à la nécessité d'un travail de groupe pour appréhender les problèmes.

Les sujets de thèses choisis sont :

- la malnutrition chez les enfants d'âge pré-scolaire
- cécité au Mali
- dépistage et traitement de la tuberculose en milieu rural
- contribution des activités de planification familiale à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, en milieu rural au Mali.

Ces thèses, dont les sujets sont d'actualité, nous ont donné le goût du travail en équipe.

L'étude a porté sur 10 villages de trois secteurs de l'arrondissement de Massantola n'ayant jamais été l'objet d'enquête médicale :

- secteur de Sabougou :
 - Fougan
 - Somambougou
 - Fonfilebougou
- secteur de Sirakoroba :
 - Guagnebougou
 - Bouadiana
 - Koni
 - Badianbougou
 - M'Pesserebougou
 - Ceniéna
- secteur de Gueledo :
 - Oussébougou

Les 102 femmes interrogées par nous se répartissent selon les tranches d'âge comme suit :

Tableau n° 7

Age	Nombre de femmes	Pourcentage %
15-19	11	10,7
20-24	20	19,6
25-29	26	25,4
30-34	16	15,7
35-39	11	10,7
40-44	16	15,7
45-49	2	1,9
Total	102	100 %

Mais il nous a été impossible d'interroger le même nombre de femmes dans tous les villages, comme l'indique le tableau n° 8 ci-dessous :

Nom du village	Population	Nbre de femmes de 15 à 49 ans	Nbre de femmes interrogées	Pourcentage
Fonfilebougou	419	84	8	7,84
Somanbougou	700	140	10	9,80
Ceciena	168	33	10	9,80
M'Pesserebougou	343	68	10	9,80
Bouadiana	344	68	10	9,80
Badiambougou	?(150)?	?(30)?	13	12,76
Koni	} 358	71	} 12	11,76
Gouagnebougou				17
Ouessebougou	348	69	7	6,86
Fougan	791	158	5	4,92
Total	3 620 (?)	725 (?)	102	100 %

Les 105 hommes interrogés par un étudiant se répartissent selon les tranches d'âge comme suit dans les mêmes conditions que l'interrogatoire des femmes :

Tableau n° 9

Age	Nbre par âge	%	Selon le Village	Nbre par village	%
25-29	10	9,42	Fonfilebougou	11	10,5
30-34	18	17,70	Somanbougou	14	13,4
35-40	21	20,00	Cenina	10	9,5
40-44	23	21,85	M'Pesserebougou	6	5,7
45-49	4	3,70	Bouadiana	18	17,2
50-55	9	8,50	Badiambougou	10	9,5
55-59	5	4,66	Koni	10	9,5
60-64	11	10,37	Gouagnebougou	10	9,5
65-69	2	1,90	Ouessebougou	7	6,6
70- -	2	1,90	Fougan	9	8,6
Total	105	100,00	Total	105	100,0%

98 % des hommes interrogés n'ont jamais été à l'école. La plupart sont des cultivateurs, et quelques forgerons. Les femmes sont toutes des ménagères et n'ont jamais fait l'école.

L'étude a consisté essentiellement à conduire l'interrogatoire dont les résultats ont été transcrits sur des fiches dont les modèles figurent aux Annexes (9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14).

La Planification familiale n'a pas été abordée d'emblée en raison de la réticence qu'oppose habituellement les personnes interrogées dans ce domaine. Il a fallu faire un détour préalable par un interrogatoire sur le "seré" qui est bien connu des Bambaras.

5.5 Déroulement de l'enquête

Notre arrivée dans les villages est en général annoncée la veille au chef de village. Une fois dans le village, nous nous adressons au Conseil de village pour lui expliquer l'intérêt de notre action, en insistant sur le but de notre étude qui est d'examiner systématiquement toute la population (hommes, femmes et enfants), afin de détecter les maladies fréquentes dans le village et de voir dans quelle mesure nous pourrions les aider.

Après cette séance de sensibilisation, le rendez-vous est pris en accord avec le Conseil de village et les matrones rurales. Le jour fixé, on convoque tous les chefs de famille qui doivent se présenter avec leurs familles. Une fois la population réunie :

- une étudiante fait l'interrogatoire et l'examen des femmes et des enfants; à tour de rôle, elles sont adressées à la pesée, puis à la pharmacie;
- un étudiant interroge les hommes sur la planification familiale; ils sont ensuite adressés à la pharmacie.

Tout au long de l'étude, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de difficultés, à savoir :

- i) la détermination de l'âge des femmes, des hommes et des enfants; l'âge indiqué était toujours approximatif, surtout qu'en milieu rural c'est aux parents ou au mari de savoir l'âge de la femme et des enfants. L'appréciation de l'âge basée sur l'examen de la dentition chez les enfants n'est pas toujours concordante avec l'âge indiqué par les parents;
- ii) les femmes sont interrogées dans une case isolée ou sous un grand arbre isolé. Elles arrivent avec leurs enfants ou parfois nous allons les rejoindre à leur domicile avec la collaboration de l'accoucheuse traditionnelle. Nous avons exigé l'isolement des femmes pour qu'elles puissent se livrer plus facilement, et qu'elles ne soient pas influencées par les autres femmes. Malgré tout, nous avons été assailli quelquefois par certaines femmes qui étaient curieuses de savoir rapidement ce que nous demandions à leurs collègues;

- iii) certains enfants étaient absents car ils sont élevés par leurs grands parents dans un autre village;
- iv) il nous a été impossible d'interroger tous les maris des femmes interrogées, car certains ont voyagé, d'autres sont partis pour les travaux champêtres.

5.6 Résultats de l'étude

5.6.1 Résultats de l'étude relative aux femmes

i) Interrogatoire sur la polygamie

Sur les 102 femmes interrogées, nous avons obtenu les résultats suivants :

Nombre de co-épouses	Nombre de femmes	Pourcentage des femmes interrogées
Sans co-épouses	48	47 %
Une co-épouse	43	42 %
Deux co-épouses	10	10 %
Trois co-épouses	1	1 %
Total	102	100 %

Nous constatons qu'une femme sur deux en moyenne (53 %) vit en ménage polygamique. On peut donc s'attendre à ce que cette pratique de la polygamie joue un rôle favorable dans l'espacement des grossesses chez la moitié des femmes en âge de procréer.

ii) Interrogatoire sur les grossesses antérieures des 102 femmes

- Au moment de l'étude 20 % des femmes étaient enceintes;
- Le nombre total des grossesses contractées par femme (y compris avortement, et morts-nés) se répartit comme suit :

	Nombre de grossesses par femme	Nombre de femmes	% des femmes
	0 grossesse	2	1,9
	1	10	9,8
	2	10	9,8
	3	16	15,6
	4	17	16,6
	5	11	10,7
	6	12	11,2
	7	3	2,9
	8	9	8,8
	9	3	2,9
	10	3	2,9
	11	2	1,9
	12	2	1,9
	13	2	1,9
Total	495	102	100 %

Ce qui fait au total 495 grossesses contractées avec une moyenne de cinq grossesses par femme. Il faut remarquer que sur les 102 femmes interrogées, 47 sont âgées de 20 à 29 ans.

iii) Résultats de ces grossesses

Avortements	37	7,4 %
Morts-nés	27	5,4 %
Enfants pré-vivants mais décédés au moment de l'étude	118	23,8 %
Enfants vivant au moment de l'étude	313	63,3 %
Nombre total de grossesses	495	100 %

Soit à peu près 37 % de grossesses perdues.

Commentaires : l'étude des 2 tableaux des sous-chapitres ii) et iii) nous montre qu'au moment de notre enquête 313 enfants sont vivants soit 3 enfants vivants pour 5 grossesses par femme. Il y a donc deux cinquièmes de grossesses qui sont perdues, ce qui explique que lors de notre interrogatoire, près de 50 % de femmes préfèrent avoir le maximum de grossesses, perdre les enfants qui ne doivent pas vivre plutôt que d'en avoir peu et de les perdre tous.

L'âge des enfants décédés varie entre 0 et 5 ans et la répartition de décès par âge nous donne les 495 grossesses :

Répartition de décès par âge	Nombre	% des enfants décédés
Période néonatale précoce	12	10,34
Période néonatale tardive	7	6,04
Période post-néonatale	59	50,85
A deux ans	11	9,48
A trois ans	19	16,37
A quatre ans	5	4,31
A cinq ans	3	2,58
Total	116	100,0 %

Sur un total de 116 décédés, 78 meurent avant un an, soit environ 160 o/oo. Ce résultat donne une estimation correcte de la mortalité parce que tous les 495 enfants ont été exposés au risque de mourir entre 0 et un an.

Les différentes causes de décès post-néonatal :

Convulsions-accès pernicieux	26
Diarrhée	8
"Seré"	6
Rougeole	6
Coqueluche	3
Total	49

Les causes de mortalité néonatale (précoce et tardive), à part les causes infectieuses, se sont pas toujours faciles à déterminer.

iv) Interrogatoire sur le retour de couches : il a révélé les résultats du rappelés dans le tableau ci-après :

Date de retour des couches	Nombre de femmes	%
Avant un an	38	37
Entre 12 mois et 18 mois	15	15
Entre 18 mois et deux ans	14	14
Après deux ans	35	34
Total	102	100 %

Le sevrage de l'enfant intervient dans ce milieu le plus souvent après deux ans.

L'analyse des fiches utilisées pour l'interrogatoire et du tableau ci-dessus montre que, pour un retour de couches - intervenant à partir de 18 mois (retour de couches entretenu lui-même par un allaitement prolongé), nous obtenons un lot de femmes représentant 48 % des femmes interrogées.

Ce qui veut dire que près de la moitié des femmes n'ont pas besoin de méthodes contraceptives modernes pour espacer leurs grossesses. La seule méthode naturelle d'un allaitement prolongé leur suffit, bien que la reprise des rapports sexuels chez la majorité d'entre elles se situe entre 6 à 10 mois après l'accouchement.

Lorsqu'on étudie l'intervalle moyen entre grossesses, quelle que soit l'issue de la grossesse, on aboutit selon l'âge, aux intervalles suivants :

Tranches d'âge	Nbre de femmes	Intervalle moyen en mois
15 - 19 ans	11	11
20 - 24	20	13
25 - 29	26	14
30 - 34	16	17
35 - 39	11	19
40 - 44	16	21
45 - 49	2	24
7 tranches d'âge Total	102	119

On constate que l'intervalle moyen entre deux grossesses pour l'ensemble des femmes interrogées est de 17 mois (pour les 119 mois répartis entre les sept tranches d'âge).

Nous nous sommes également intéressée chez les 102 femmes à l'étude de l'intervalle minimum entre les grossesses selon l'âge.

Les résultats suivants ont été obtenus :

Tranche d'âge	Intervalle minimum en mois
15 - 19 ans	4
20 - 24	8 1/2
25 - 29	9
30 - 34	10
35 - 39	9 1/2
40 - 44	6
45 - 49	9 1/2

Il faut rappeler que ces intervalles minima sont très fortement influencés par les 64 grossesses (37 avortements et 27 mortinaiissances) pour lesquelles la reprise des rapports sexuels a été précoce.

Cette reprise des rapports sexuels est variable, en l'absence de survenue d'avortements ou de mortinaiissances lors des grossesses antérieures.

Sur les 102 femmes interrogées :

- 9 reprennent les rapports sexuels après le 40^e jour, soit 8,8 %
- 76 les reprennent au bout de trois mois si l'enfant né est un garçon; au bout de quatre mois si l'enfant né est une fille, soit au total : 74,5 %
- 12 les reprennent au bout de cinq mois, soit 11,8 %
- 5 les reprennent au bout de six mois, soit 4,9 %

La fréquence des rapports sexuels de ces femmes est un autre élément qu'il faut considérer. C'est ainsi que :

- 12 ont des rapports 1 jour sur 4 semaines
- 33 " " " 4 jours " 4 "
- 17 " " " 8 " " 4 "
- 30 " " " 12 " " 4 "
- 9 " " " 16 " " 4 "
- 1 a " " 20 " " 4 "

Au total 80 femmes, soit 78,4 % des femmes ont des rapports sexuels quatre à 12 jours sur quatre semaines. Rappelons que cette fréquence dépend aussi de l'âge du conjoint.

v) Age de sevrage du dernier enfant de chaque femme

Nbre de femmes	Age de sevrage du dernier enfant	% des femmes
4	avant 12 mois	3,9
60	entre 12 et 18 mois	58,8
26	entre 18 et 23 mois	25,4
12	après 24 mois	11,7

vi) Etat nutritionnel des enfants

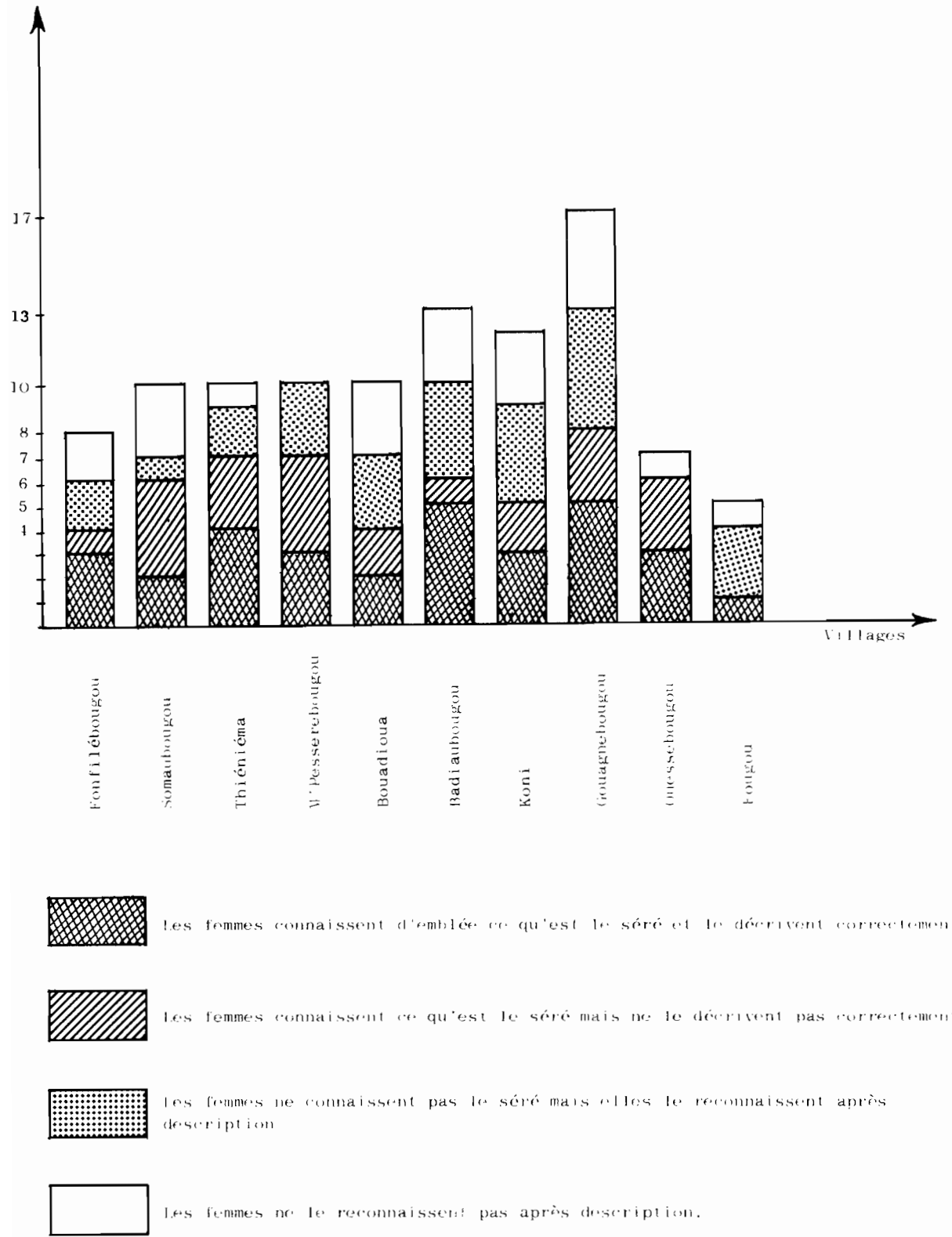
Selon une enquête menée parallèlement sur la nutrition des enfants d'âge préscolaire, il apparaît que sur 427 enfants examinés :

- 2,4 % présentent une malnutrition grave; ces enfants avaient été sevrés pour les raisons suivantes (par ordre décroissant) : grossesse, insuffisance de lait maternel, âge de l'enfant, et décès de la mère;
- 46 % des enfants avaient été exposés à un risque de malnutrition modéré;
- 8 % au risque de marasme.

Rappelons qu'une enquête sur la malnutrition menée en 1976 à Massantola chez les préscolaires a révélé 2,4 % de marasme et 3,4 % de kwashiorkor.

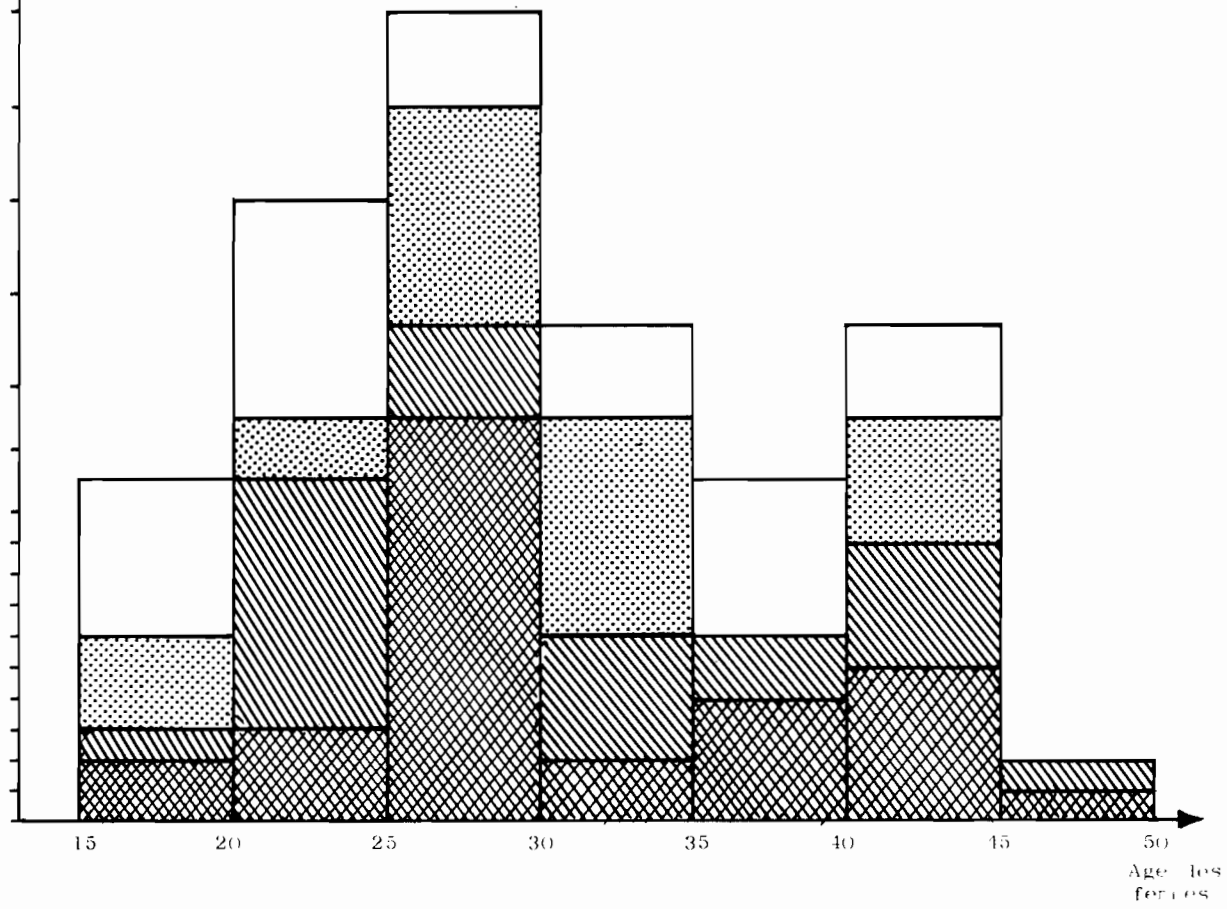
Graphique 1

RELATION ENTRE LES VILLAGES VISITES ET LA CONNAISSANCE DU SEXE

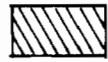


Nbre
de
femmes

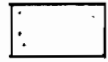
RELATION ENTRE L'AGE DES FEMMES INTERROGÉES ET LA CONNAISSANCE DU SÉRÉ



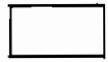
Les femmes connaissent d'emblée ce qu'est le séré et le décrivent correctement



Les femmes connaissent d'emblée ce qu'est le séré mais ne savent pas le décrire correctement



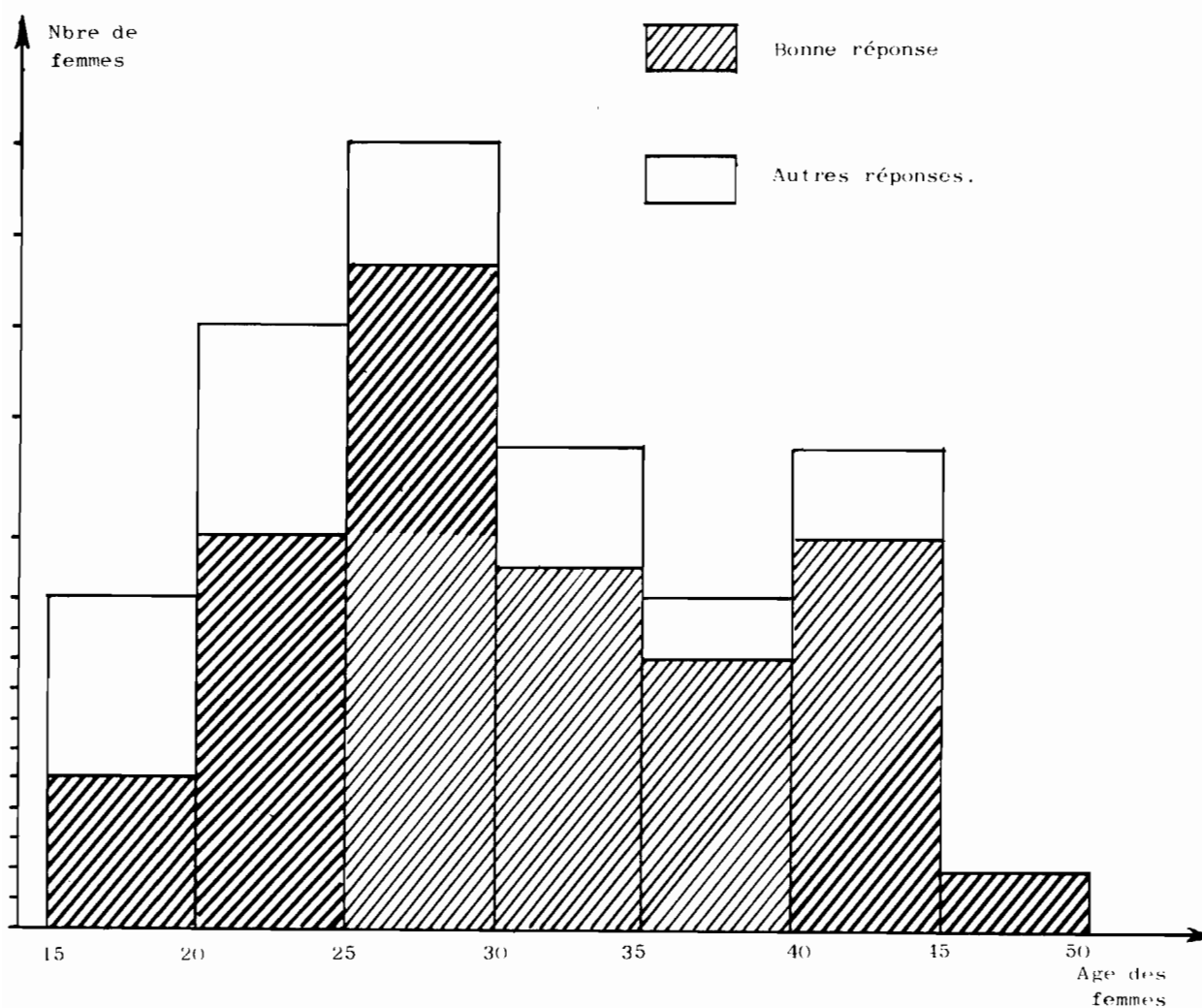
Les femmes ne connaissent pas ce qu'est le séré mais le reconnaissent après description



Les femmes ne reconnaissent pas le séré après description.

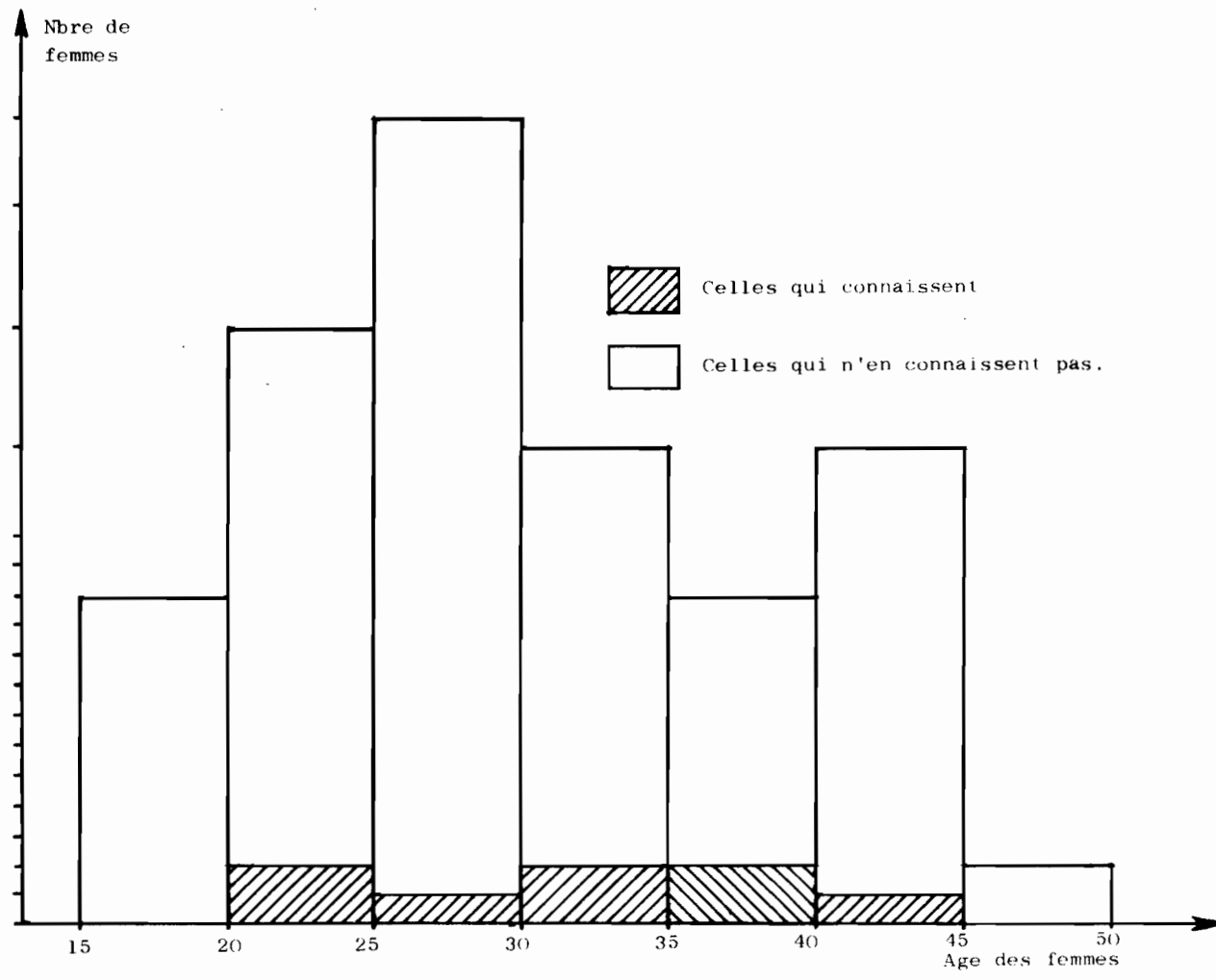
Graphique 3

RELATION ENTRE L'AGE ET LE FAIT DE REpondre CORRECTEMENT
A LA QUESTION A QUOI EST DU LE SERE
LA SURVENUE D'UNE NOUVELLE G



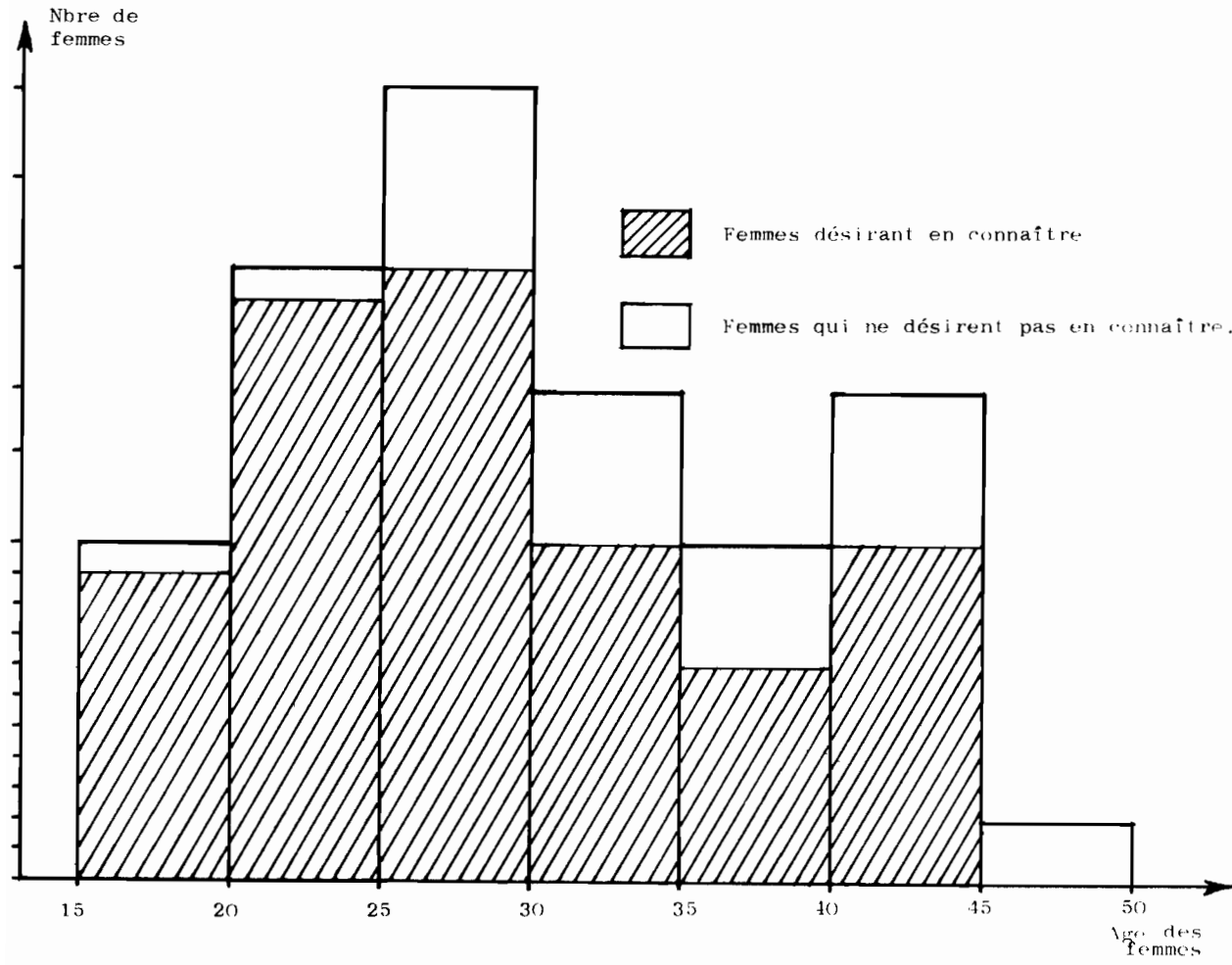
Graphique 4

CONNAISSANCE DE METHODES CONTRACEPTIVES TRADITIONNELLES
EN RELATION AVEC L'AGE DES FEMMES



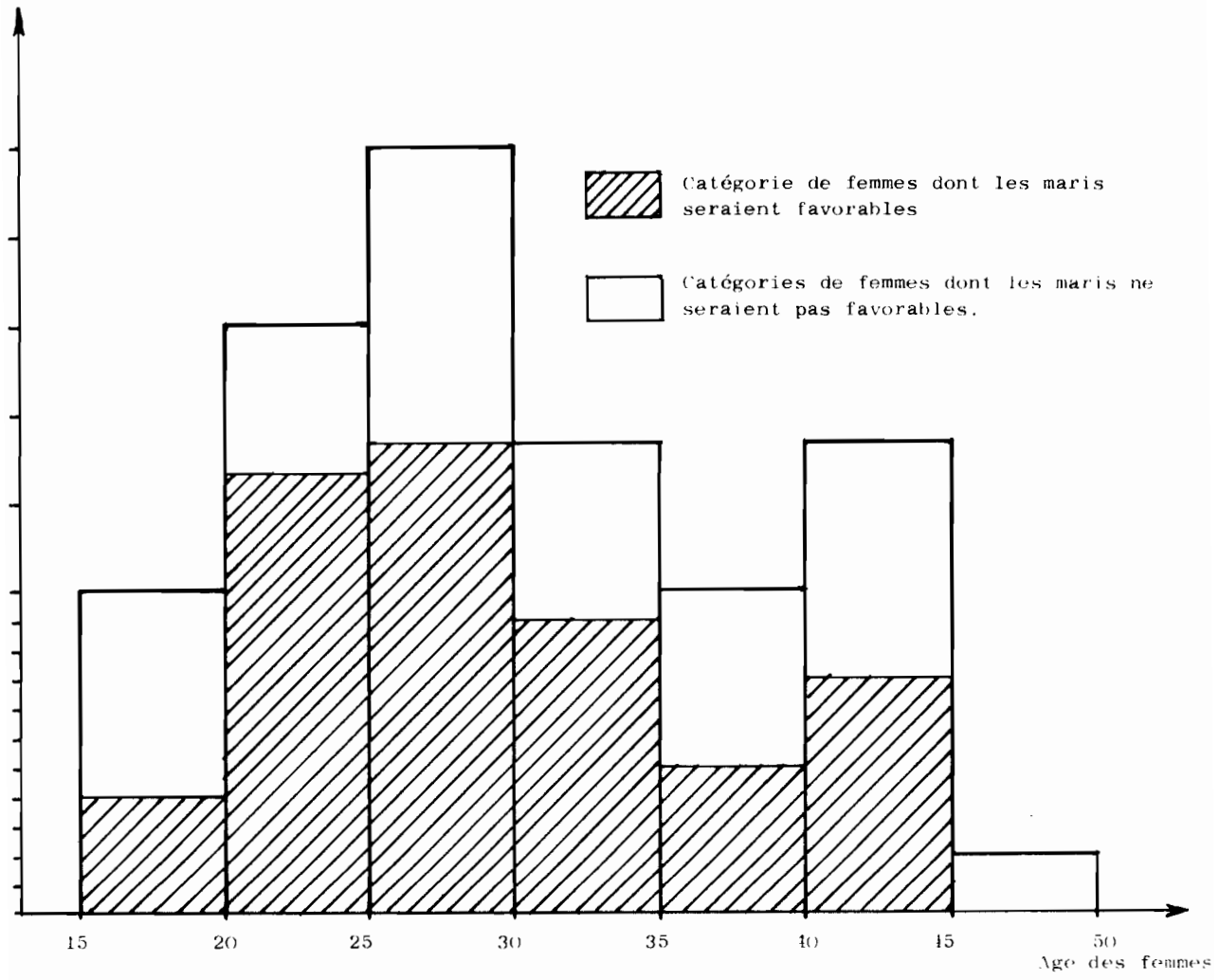
Graphique 5

RELATION ENTRE L'AGE DES FEMMES QUI DESIRENT CONNAITRE
UNE NOUVELLE METHODE CONTRACEPTIVE



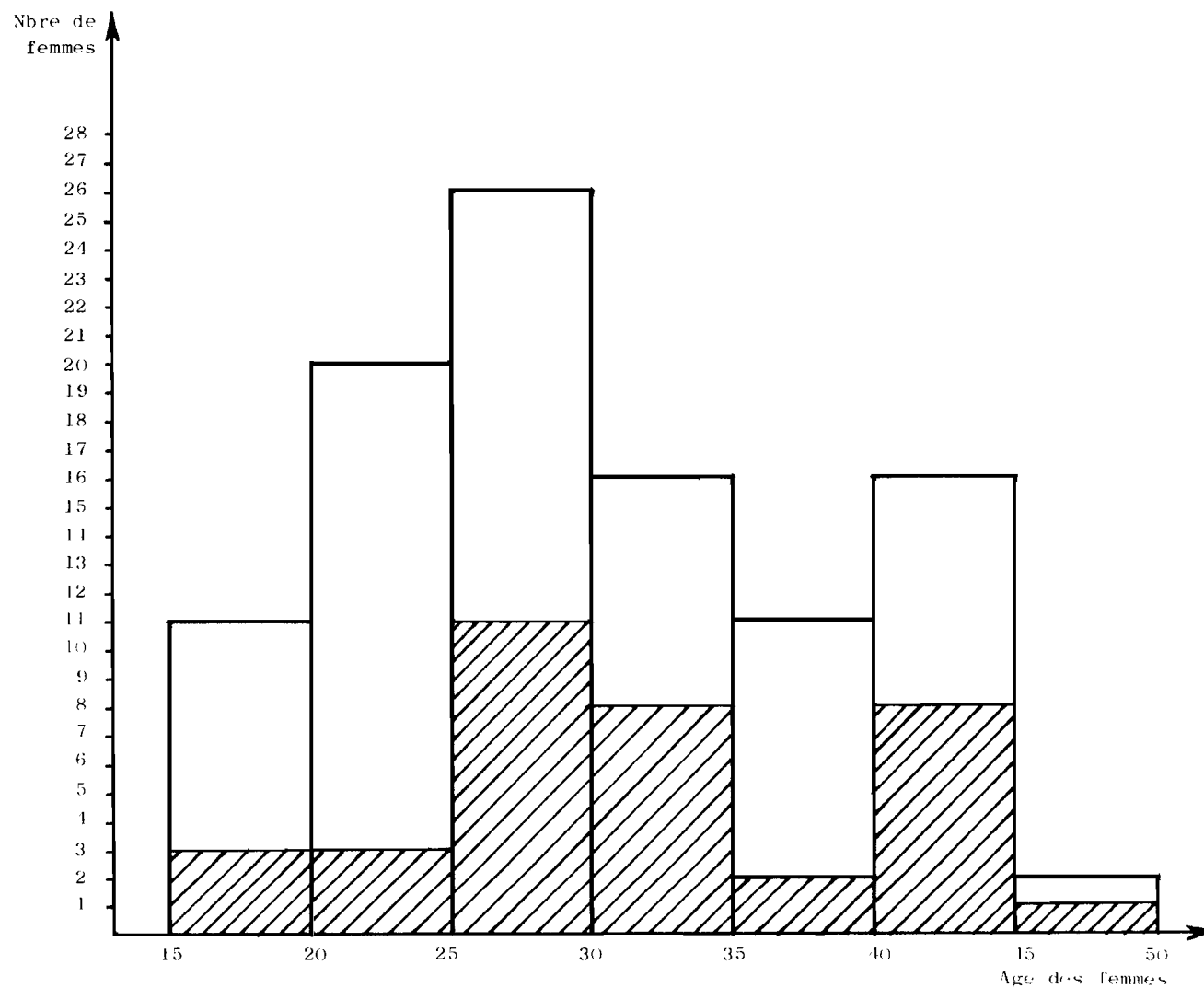
Graphique 6

RELATION ENTRE L'AGE DES FEMMES ET LE FAIT DE SAVOIR
SI LEURS MARIS SERAIENT FAVORABLES A L'ESPACEMENT DES NAISSANCES

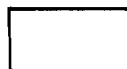


Graphique 7

HISTOGRAMME MONTRANT SI LES FEMMES SAVENT QU'IL FAUT L'ESPACEMENT DES NAISSANCES, POUR EVITER LE SERF, OU BIEN DONNENT UNE AUTRE REPONSE

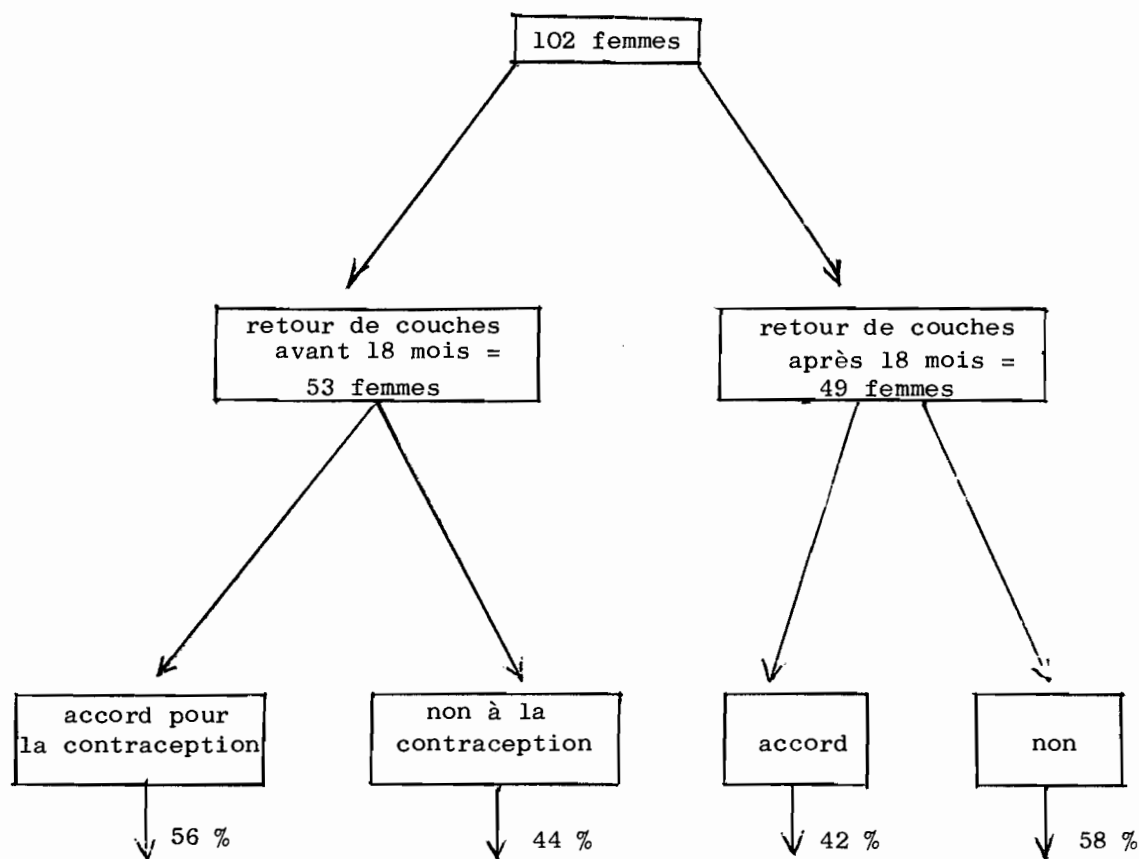


Celles qui le savent - bonne réponse



Celles qui ne le savent pas et celles qui donnent une autre réponse.

Nous avons étudié la relation entre l'intervalle séparant la naissance du retour de couches d'une part, et l'acceptation ou non de la contraception par les femmes d'autre part. Cela nous a permis de répartir les femmes en quatre groupes :



Commentaires :

Nous avons vu plus haut que 53 % des femmes ont leur retour de couches avant 18 mois. Parmi ces 53 femmes :

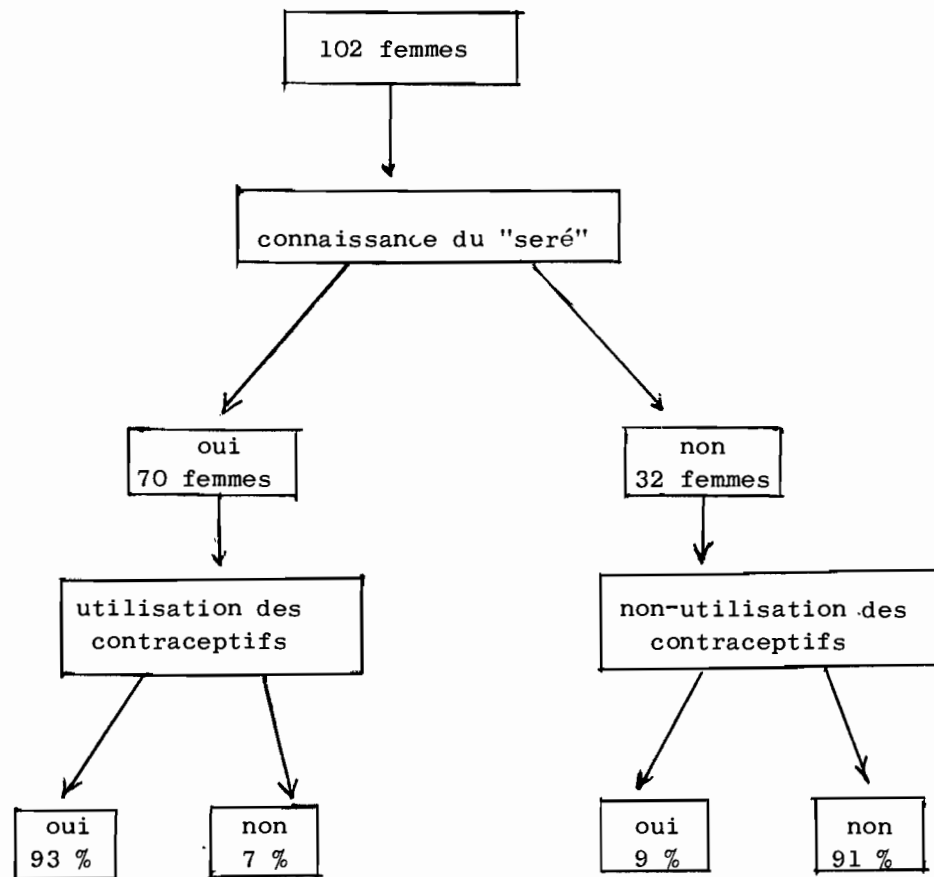
- 56 % désirent une méthode contraceptive
- 44 % ne ressentent pas le besoin d'une contraception

Aussi, 49 femmes ont leur retour de couches après 18 mois; parmi elles :

- 42 % désirent une méthode contraceptive
- 58 % donnent une réponse traduisant que cette catégorie de femmes ne ressent pas le besoin d'une contraception.

Ceci nous montre que les 44 % des 53 femmes, et les 42 % des 49 femmes constituent le groupe des 102 femmes à éduquer dans le domaine de la Planification familiale.

Nous avons en outre étudié la relation entre la connaissance ou non du "seré" par les femmes et leur attitude vis-à-vis de la contraception moderne.



C'est ainsi que :

- parmi les 70 femmes qui connaissent le "seré", 93 % ont opté pour la contraception;
- quant aux 32 femmes ne connaissant pas le "seré", seulement 9 % ont opté pour la contraception.

En conclusion, on peut dire que la connaissance du "seré" est un élément favorable à l'acceptabilité de la contraception.

viii) Les informations recueillies en milieu traditionnel sur les notions de fécondation, de fécondité et de stérilité

Au cours de notre étude, nous avons eu l'avantage de recueillir chez les femmes interrogées des informations sur la définition, le rôle et la cause de certaines notions telles que la fécondité, la stérilité et la fécondation. Nous avons jugé bon de faire part de ces conceptions en milieu rural car nous pensons qu'elles seront utiles le moment venu, pour orienter l'information et l'éducation et pour conduire les activités de planification familiale destinées à ce milieu.

a) Fécondité

Il est accordé beaucoup d'importance au grand nombre d'enfants en milieu rural; le nombre d'enfants par femme est un facteur très important tant du point de vue économique que social. Une femme qui a beaucoup d'enfants est respectée par son mari et par son entourage.

- Règles et période d'infécondité

Les règles sont incompatibles avec la grossesse car c'est le sang de ces règles qui fera l'enfant.

L'opinion prévaut qu'il existe des règles spécifiques après lesquelles l'organisme de la femme est préparé à une nouvelle grossesse. La femme estime que si elle a des rapports après les dites règles, elle tombe enceinte. Elle n'est toutefois pas en mesure de déterminer ce type de règles spécifiques parmi les autres. Selon les femmes, le "gangué" ou règles douloureuses est une maladie très contagieuse. La contagion se fait en lavant le dos de la malade ou en portant ses chaussures ou son pagne. C'est une maladie qu'on peut guérir et la grossesse n'est possible qu'après cette guérison.

- Facteurs favorisant la fécondité

L'enterrement du placenta, qui se fait par l'accoucheuse traditionnelle, joue un rôle important pour l'avenir procréateur de la femme. L'enterrement du placenta dans un coin réservé aux toilettes, se fait dans un trou dans lequel on met trois ou quatre morceaux de charbon (selon que l'enfant est garçon ou fille), puis quelques grains de mil sur lesquels on pose le placenta par sa face utérine. Le cordon est rangé tout au tour du placenta, et son extrémité libre est maintenue verticale par du sable et des débris de bois servant à l'enterrement du placenta. Une mauvaise disposition de l'extrémité libre du cordon compromet la fécondité future de la femme; elle n'aura plus d'enfants ou en aura très peu.

b) Stérilité

Les causes révélées en milieu rural sont les suivantes :

- le "gangué" (règles douloureuses)
- l'infidélité : la femme qui a des rapports avec plusieurs hommes, ne peut pas tomber enceinte parce qu'elle court le risque de contracter des maladies qui aboutissent toujours à un avortement.

Les moyens de lutte reconnus contre la stérilité sont :

- les fétiches : une vieille accoucheuse traditionnelle nous confie : "chez nous, les femmes stériles vont consulter les "Djin" à Djiwayo pour expliquer leur sort; et par des médications traditionnelles, elles ont toujours des résultats satisfaisants, si elles restent fidèles à leurs maris";
- le Marbayassa : nom d'un vieux couple respectable (Marba : l'homme et Yassa : la femme) devenu sacré, que l'homme ou la femme va consulter en cas de difficulté dans la vie.

Actuellement, le couple est représenté en brousse par des objets sacrés (arbres, surface de terrain bien propre ou grosses pierres). La femme stérile en consultant Marbayassa dit : "le jour où j'aurai un enfant, je te ferai des sacrifices". Une fois ses vœux exaucés, elle doit remettre les sacrifices au représentant du Marba connu de tout le village pour ses compétences; son âge varie selon les villages.

Si toutefois la femme ne tient pas à sa parole et refuse de faire les sacrifices (poules, animal ou lait, etc), elle perdra son enfant au moment où elle ne s'y attend pas. Rappelons que si elle obtient satisfaction, la femme manifeste sa joie en dansant à moitié nue, dans les rues avec tous les enfants du village.

c) Fécondation

En milieu rural, certaines femmes pensent que la conception est possible pendant les règles, mais dans ce cas, l'enfant sera albinos, communément appelé "Gomblein" en bambara; elle est possible également en dehors des règles.

D'autres par contre, pensent que la grossesse est incompatible avec les règles. Elles ignorent le processus de développement du fœtus, mais elles pensent qu'au début de la grossesse, le fœtus prend une position latérale dans le ventre et ce n'est qu'à terme que la tête s'engage dans le bassin; ce qui fait que pendant l'accouchement, les femmes "prient Dieu" pour que la tête s'engage toujours la première. Elles pensent également que le "Tonso" (placenta) et le fœtus siègent tous au même endroit au niveau du bas-ventre, et elles sont convaincues que le fœtus ne peut vivre sans le placenta.

La poche des eaux : elle n'existait pas avant chez les femmes enceintes; ce n'est que ces dernières années qu'elle est devenue fréquente chez elles. Une fois qu'elle est rompue, elle devient une maladie qui n'a pas de médication et provoque l'avortement.

5.6.2 Résultats de l'étude relative aux hommes

L'interrogatoire a été effectué auprès de 105 hommes. Le premier interrogatoire porte le nombre d'épouses, le nombre d'enfants vivants et décédés par homme.

i) Nombre d'épouses :

54 % des hommes ont une femme
38 % " " " deux femmes
3 % " " " trois femmes
5 % " " " quatre femmes

ii) Nombre d'enfants vivants au moment de l'interrogatoire :

0,9 % des hommes n'ont pas d'enfants vivants
22,8 % " " ont 1 enfant vivant
20,9 % " " " 2 enfants vivants
9,5 % " " " 3 " "
11,4 % " " " 4 " "
14,2 % " " " 5 " "
11,4 % " " " 6 " "
4,7 % " " " 7 " "
3,8 % " " " 8 " "

iii) Nombre d'enfants décédés :

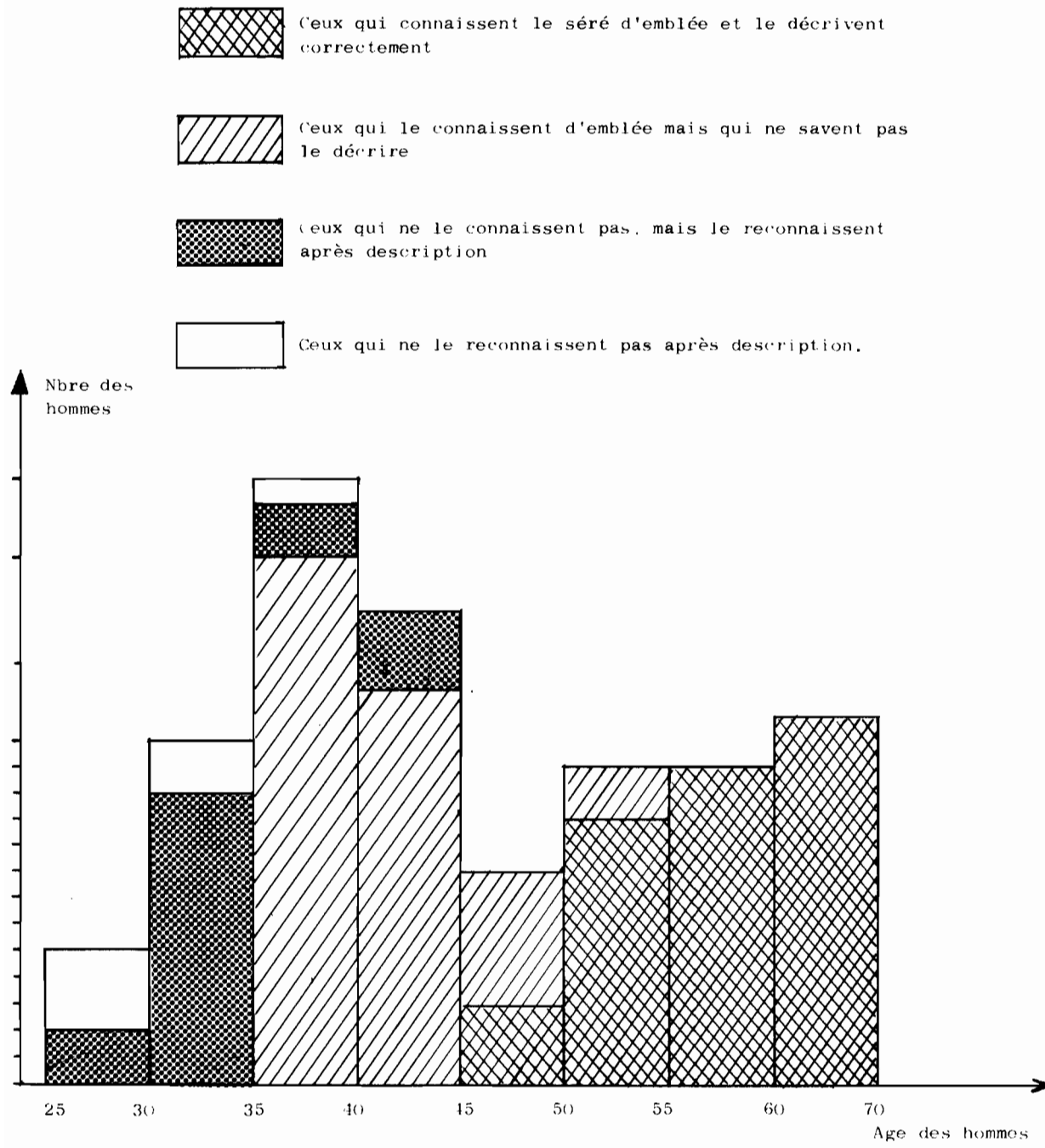
37,1 % des hommes n'ont pas perdu d'enfants
20,9 % ont perdu 1 enfant
8,6 % " " 2 enfants
9,5 % " " 3 "
13,3 % " " 4 "
3,8 % " " 5 "
0,9 % " " 6 "
5,7 % " " 7 "

soit au total 194 enfants décédés.

Le deuxième interrogatoire des hommes a porté sur l'acceptabilité de la planification familiale par le biais de la connaissance du "seré".

i) Il est apparu que certains hommes connaissent le "seré" et que d'autres n'en ont jamais entendu parler.

Relation entre l'âge des hommes et la connaissance du "seré" - Graphique 8



- ii) - 83 % des hommes mettent en cause une nouvelle grossesse chez la mère allaitante du fait de cette grossesse, elle doit sevrer immédiatement son enfant;
 - 17 % donnent une réponse évasive ou disent qu'ils ne savent pas la cause;
 - 64 % des hommes évoquent la nécessité pour la femme de ne pas tomber enceinte, pour éviter que l'enfant qu'elle allaite attrape le "seré";
 - 36 % donnent d'autres réponses.
- iii) - 61 % des hommes connaissent une méthode contraceptive traditionnelle qui empêche à une femme de tomber enceinte; ils font tous allusion à la continence à la suite de l'accouchement;
 - 39 % ne connaissent aucune méthode traditionnelle.
- iv) - 90 % veulent connaître une nouvelle méthode;
 - 10 % n'en veulent pas.
- v) Parmi les méthodes modernes utilisées par les hommes (condom) et par les femmes (pilule, stérilet) :
 - 27 % des hommes préfèrent celles utilisées par l'homme
 - 27 % des hommes préfèrent celles utilisées par les femmes
 - 27 % n'ont pas de préférence;
 - 19 % ne veulent aucune méthode.
- vi) Espacement souhaité par les hommes :
 - 55 % souhaitent deux ans entre les grossesses;
 - 45 % préfèrent trois ans entre les grossesses.

En conclusion de cette étude menée auprès des hommes :

- la plupart des monogames n'acceptent pas l'abstinence ou donnent une réponse évasive lorsqu'on leur demande s'ils pratiquent une méthode contraceptive traditionnelle pour éviter le "seré";
- la plupart des polygames estiment qu'il faut avoir recours à l'abstinence pour éviter le "seré";
- parmi les 90 % des hommes désirant connaître une méthode contraceptive moderne :
 - 6 % ont changé d'avis, répondant qu'ils ne préfèrent aucune des méthodes expliquées; c'est le groupe à éduquer;
- parmi les 10 % ne désirant aucune méthode :
 - 5 % ont changé d'avis; c'est un groupe à éduquer également.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1 Conclusions

Tout au long de notre thèse, nous avons analysé un certain nombre de facteurs qui nous ont permis de voir dans quelle mesure la planification familiale peut contribuer à améliorer la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural malien.

Parmi ces facteurs, il n'est pas superflu de rappeler d'abord ceux qui ont trait au cadre dans lequel sera introduite cette planification familiale. En effet, les activités de SMI qui existent déjà en milieu rural, comme nous l'avons montré, constituent un terrain propice sur lequel pourra être introduite et développée la planification familiale. Bien plus, le personnel de première ligne que sont : la matrone rurale, l'accoucheuse traditionnelle, l'animatrice de village, représente des éléments-clés qui faciliteront l'intégration et la promotion des activités de planification familiale dans les services de SMI. Il faut rappeler en outre que le Gouvernement malien est désireux de promouvoir, sur la base conjointe du développement communautaire et de la promotion des soins de santé primaires en cours à Massantola, ce type de personnel périphérique en vue d'assurer plus rapidement la couverture sanitaire du pays. La participation de la population rurale à l'extension des activités de la SMI, par sa collaboration à la construction des maternités rurales, comme nous l'avons vu, est également un élément très favorable. Ceci traduit non seulement la disponibilité de cette population, mais constitue aussi une indication que, si l'on prend soin de l'éduquer et de la motiver, cette population sera le chaînon le plus dynamique pour le succès des activités de la planification familiale lorsque celles-ci seront introduites dans le milieu malien qui nous préoccupe ici.

Outre ces facteurs généraux que nous venons de voir, et qui ont trait, somme toute, à la santé de la famille en milieu rural au Mali, il y a des facteurs spécifiques socio-sanitaires qui ont fait l'objet de notre étude à Massantola.

Par l'étude de ces facteurs socio-sanitaires, nous avons essayé de faire la lumière sur les atouts dont on dispose et sur les écueils auxquels on se heurterait et qu'il faut garder présents à l'esprit lors de l'introduction de la planification familiale en milieu rural.

Parmi ces atouts, on peut rappeler :

- l'influence des avortements, des mortinaissances et de la mortalité infantile élevée, sur les femmes. Celles-ci demeurent impuissantes devant ces facteurs contre lesquels elles souhaiteraient que quelque chose se fasse. Mais, en attendant, la solution à ce problème consiste pour elles à accroître le nombre d'enfants de manière à en garder au moins quelques-uns;
- l'allaitement prolongé qui est pratiqué par 48 % des femmes et dont le but premier est l'alimentation de l'enfant, constitue un facteur favorable indirect de planification familiale dont les femmes interrogées sont conscientes mais dont l'efficacité n'est pas totale;
- les trois quarts des femmes de notre étude reprennent les rapports sexuels trois à quatre mois après l'accouchement. Certaines d'entre elles souhaiteraient les reprendre plus tôt, si elles étaient assurées de ne pas courir le risque de tomber enceinte. Nous devons à ce propos mentionner que les grossesses trop rapprochées chez une même femme ne sont guère appréciées par la société traditionnelle;
- l'intervalle moyen entre deux grossesses successives est de 17 mois dans notre échantillon et mériterait à notre avis d'être étendu à deux ans et demi ou à trois ans pour l'ensemble des femmes;
- la connaissance du "seré" en tant que maladie et son interprétation par 52 % des femmes et 83 % des hommes comme responsable de certains décès d'enfants d'une part et comme conséquence des grossesses rapprochées d'autre part, est aussi un élément qui pourra jouer en faveur de la planification familiale.

Il existe enfin d'autres atouts que nous n'avons pu, hélas, aborder dans notre étude. Le plus important parmi eux est à notre avis l'existence d'une contraception traditionnelle qui comporte ses méthodes et ses indications.

Quant aux écueils, le plus important à considérer réside dans l'hostilité de quelques maris (19 % dans notre étude) à permettre à leurs femmes de bénéficier de la planification familiale. Il faut signaler aussi le faible pouvoir d'achat des populations rurales pour faire face par elles-mêmes aux dépenses de la contraception. La religion, bien qu'elle n'ait pas constitué pour nous un problème pour conduire notre interrogatoire à Massantola qui est une zone peuplée d'animistes, mérite cependant d'être évoquée ici pour un pays comme le Mali qui est, en très grande majorité, un pays musulman.

Comme on le voit, la stratégie de l'amélioration de la santé maternelle et infantile par la planification familiale en milieu rural consistera, tout en tenant compte des écueils, à exploiter au maximum les nombreux atouts du milieu rural dont nous restons consciente de n'avoir seulement étudié que certains d'entre eux dans le cadre de notre étude.

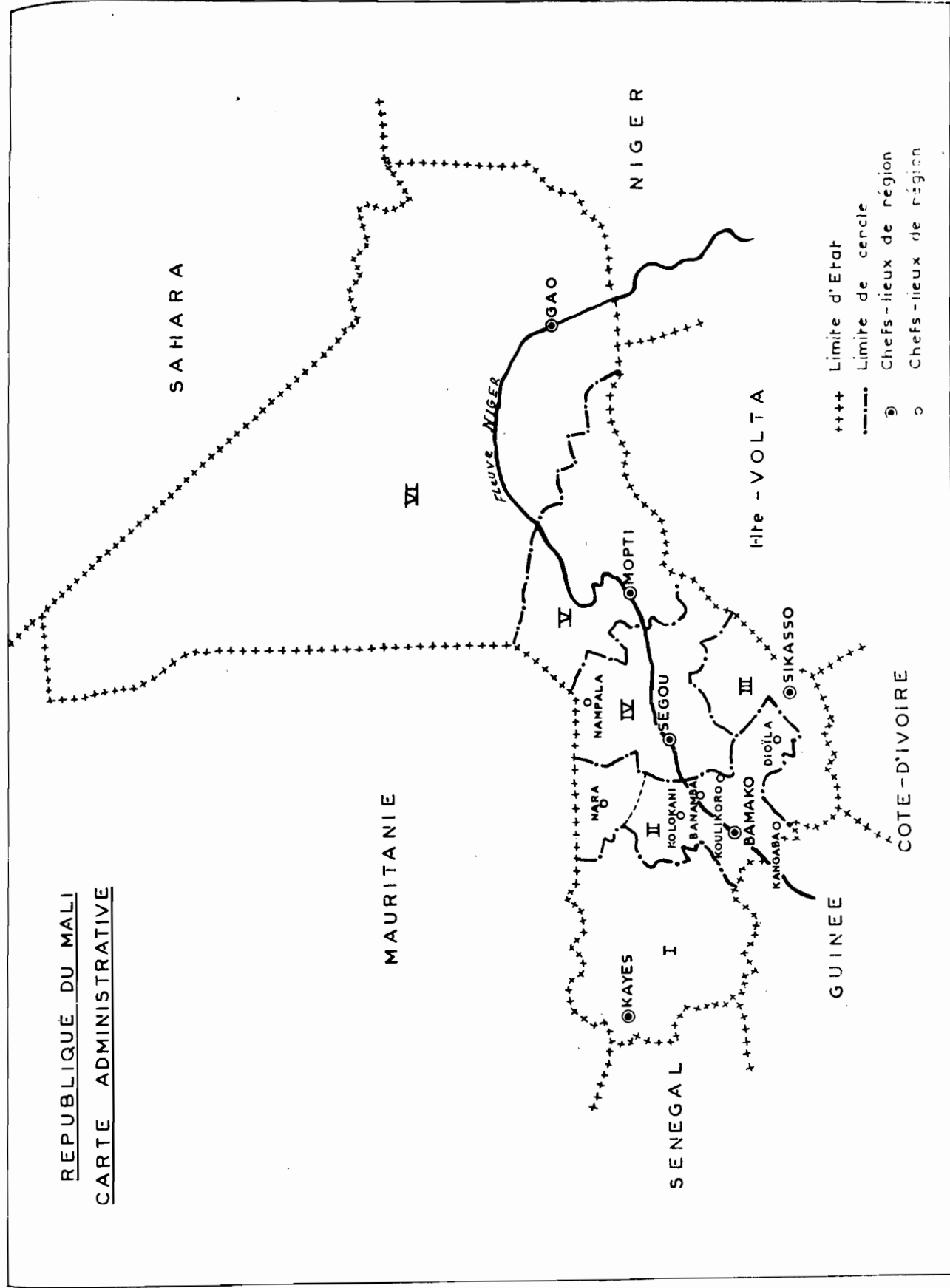
6.2 Recommandations

A la lumière des facteurs socio-sanitaires que nous venons d'évoquer, nous pensons que pour obtenir les conditions favorables susceptibles d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural par la planification familiale, nous pouvons recommander de :

- i) développer et renforcer les activités déjà existantes de SMI lors de l'introduction des activités de planification familiale de manière à lutter plus efficacement contre la mortalité maternelle et infantile. Ces activités de planification familiale devront être intégrées à celles de SMI. Au niveau du village par exemple, l'animatrice devra être particulièrement sensibilisée au problème de l'espacement des grossesses à l'occasion de son stage de recyclage de SMI et être capable de :
 - reconnaître les femmes à risques communément appelés "seré mousso", (c'est-à-dire les femmes dont les grossesses trop rapprochées ont favorisé l'apparition du syndrome de malnutrition chez leurs enfants) et les adresser à la matrone rurale du secteur;
 - informer les femmes qui se confieront à elle et les éduquer sur les problèmes de planification familiale.

- ii) former le personnel périphérique aux activités de planification familiale, par exemple la matrone rurale qui possède déjà des notions suffisantes de SMI pour tenir une maternité rurale recevra au cours de sa formation des notions de planification familiale de manière à résoudre les problèmes qui se posent dans ce domaine aux femmes qu'elle soigne. Cette matrone sera par exemple habilitée à appliquer une méthode contraceptive qui devra être définie. Les différents niveaux auxquels les activités devront être mises en oeuvre et développées sont figurés sur un organigramme à l'Annexe 16.
- iii) Informer, motiver les femmes et les éduquer sur l'importance de la planification familiale. Cette éducation se fera par exemple par la matrone sur les thèmes tels que la lutte contre la mortalité infantile, la lutte contre la malnutrition, l'éviction des grossesses non désirées, la possibilité de décider de la taille de la famille dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Le personnel de l'éducation sanitaire devra participer à toutes ces activités;
- iv) faire appel aux accoucheuses traditionnelles qui contrôlent une grande partie des accouchements en milieu rural et dont l'influence sur les femmes de village reste importante. La confiance et l'estime dont jouit ce type de personnel auprès des femmes pourront être ainsi mises à profit pour surmonter l'attachement aux croyances et aux tabous, l'attitude souvent fataliste et la résistance au changement qui caractérisent le milieu rural et freinent son évolution;
- v) encourager, dans le cadre de la médecine traditionnelle, les méthodes de contraception traditionnelles, qui auront été, au préalable, testées et jugées efficaces et sans innocuité pour les bénéficiaires. Cette démarche présentera l'avantage de mettre à la disposition des femmes rurales, des méthodes contraceptives à leur portée, c'est-à-dire à moindre coût;
- vi) enfin, rechercher la participation de la population, y compris les maris. Cette participation sera d'autant plus facilement obtenue que les avantages sanitaires de la planification familiale auront été expliqués à cette population.

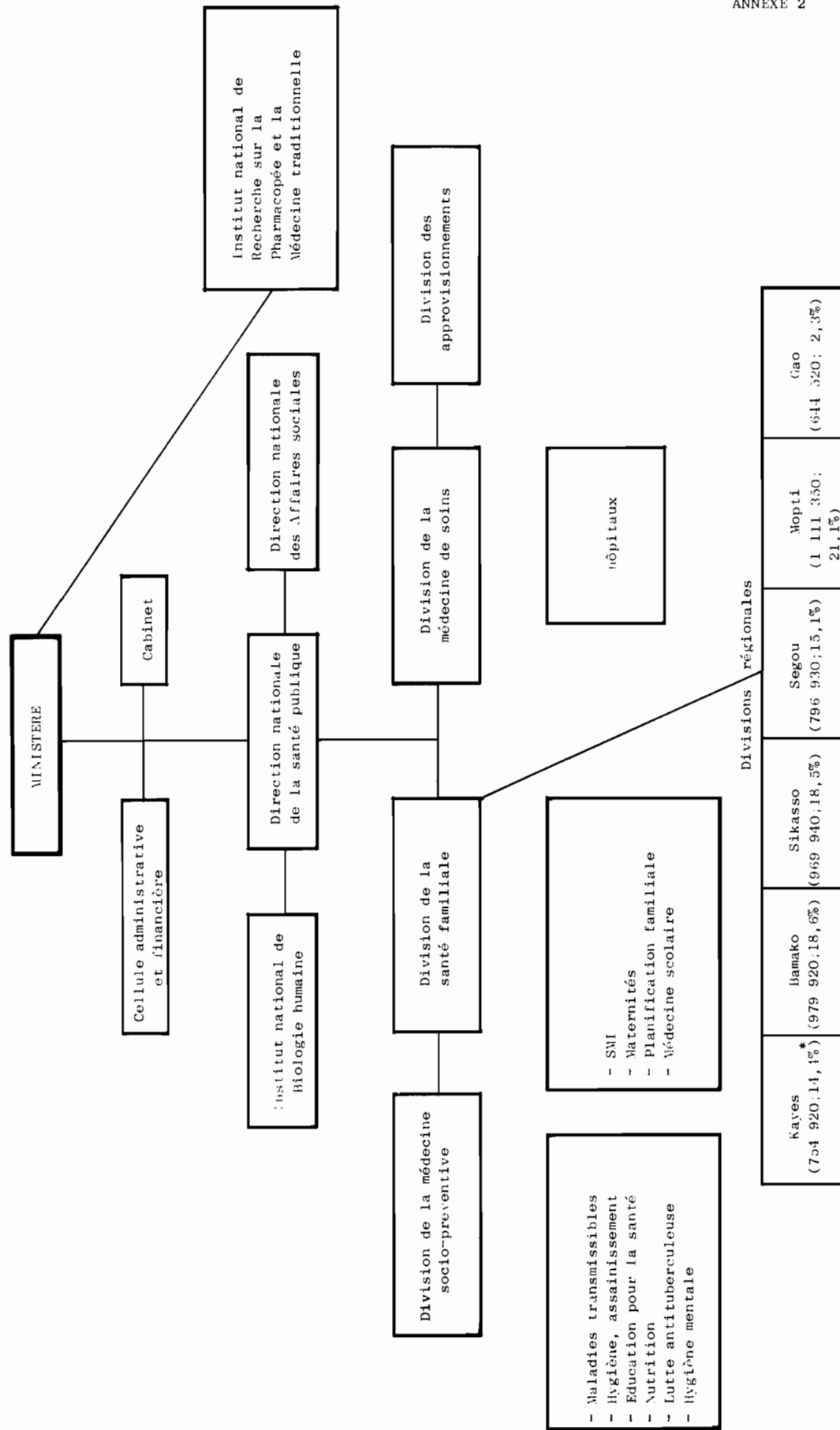
7. ANNEXES



REPUBLIQUE DU MALI
CARTE ADMINISTRATIVE

++++ Limite d'Etat
 - - - - Limite de cencele
 ⊙ Chefs-lieux de région
 ○ Chefs-lieux de région

ORGANIGRAMME - MINISTERE DE LA SANTE



Divisions régionales				
Kayes (734 920,14,1%)	Bamako (979 920,18,6%)	Sikasso (969 940,18,5%)	Segou (796 930,15,1%)	Mopti (1 111 330,21,1%)
				Gao (644 320,2,3%)

* Nombre d'habitants et pourcentage de la population totale.

ANNEXE 3

REPUBLIQUE DU MALI

PROJET MAI/SHS-001

ANALYSE DES TACHES ET PROBLEMES
QU'AURA A RESOUDRE LA MATRONE RURALE

- I - SURVEILLANCE PRE-NATALE
- II - ACCOUCHEMENT
- III - POST PARTUM
- IV - CONSULTATION POST-NATALE
- V - GESTION D'UNE MATERNITE RURALE
- VI - ACTIVITE D'ANIMATION

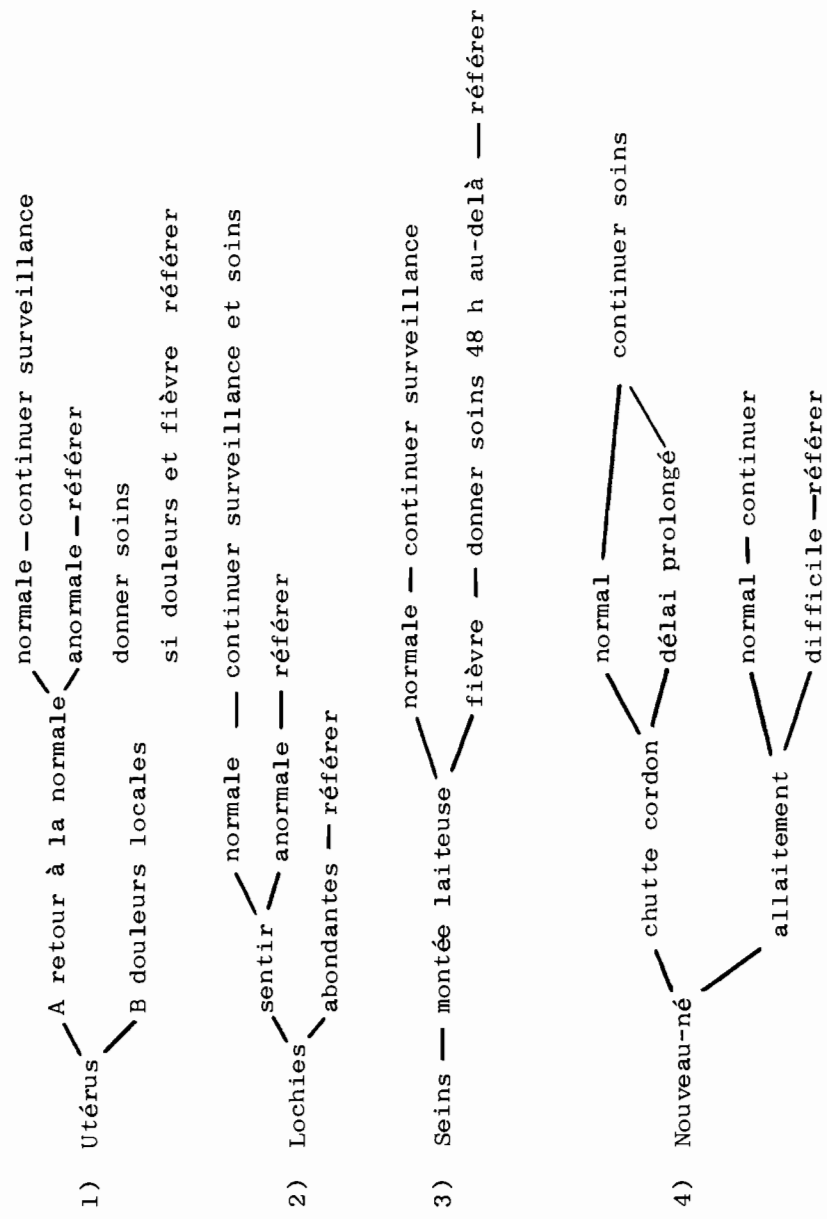
I - SURVEILLANCE PRENATALE

- Absence des règles
 - 16 ans à 40 ans — référer
 - 16 ans à 40 ans — vomissements, nausées
 - absence — examen
 - présence — examen
- Grossesse
 - 1) Pesée
 - augmentation normale — continuer surveillance
 - augmentation anormale — déconseiller sel
 - temps limité — amélioration — continuer surveillance
 - non amélioration — référer
 - 2) Urine
 - albumine
 - absence — continuer surveillance
 - présence + 1 analyse — régime désodé — 2 analyses — référer
 - sucres
 - absence — continuer surveillance
 - présence — référer
 - 3) Oedème
 - absence — continuer surveillance
 - présence — référer
 - 4) Hauteur utérine
 - en rapport avec âge grossesse — continuer surveillance
 - pas en rapport avec âge grossesse — référer
 - 5) Mouvement du foetus à partir de 5 mois
 - présence — continuer surveillance
 - absence — référer
 - 6) Situation du foetus à partir de 7 mois
 - tête en bas — continuer surveillance
 - absence tête en bas — référer
 - 7) Bruits du coeur (BDC) à partir de 7 mois
 - présence — continuer surveillance
 - absence — référer
 - 8) Bossu, boiterie, petite taille, jambes arquées à partir de 7 mois - référer
 - 9) Amaigrissement, vertige, maux de tête à partir de 7 mois - référer
 - 10) Fièvre - référer
 - 11) Douleurs abdominales, hémorragies - référer
 - 12) Hygiène prénatale : propreté, nourriture, efforts physiques, régularité des visites, accouchements à la maternité rurale

II - ACCOUCHEMENT

- 1) Contractions utérines
 - si régulières — continuer surveillance
 - si anormales — référer
- 2) Toucher vaginal — dilatation
 - progression — continuer surveillance
 - non progression — référer
- 3) Présentation
 - tête en bas — continuer surveillance
 - absence — référer
- 4) Proche des eaux
 - rompue
 - liquide clair — continuer surveillance
 - liquide teinté — référer
 - non rompue — continuer surveillance
- 5) Durée du travail
 - primipare plus de 12 h référer
 - multipare plus de 8 h référer
- 6) Dégagement — tête à la vulve
 - progression — continuer surveillance
 - pas de progression pendant 1 h — référer
- 7) Etat de l'enfant
 - cri immédiat — continuer soins
 - pas de cri — réanimer et référer
- 8) Section du cordon sous ligature
- 9) Délivrance entre 15 mn et 45 mn, après 45 mn référer
- 10) Examen du placenta
 - complet — continuer surveillance
 - incomplet — référer
- 11) Hémorragie avant la délivrance — référer
- 12) Hémorragie après la délivrance — donner premiers soins — référer
- 13) Déchirure — référer
- 14) Toilette femme et enfant; soins et examen de l'enfant
- 15) Surveillance immédiate mère et enfant (2 h minimum) et sérum anti-tétanique à la mère et à l'enfant

III. POST-PARTUM



IV CONSULTATION POST-NATALE

Mère = état général — satisfaisant — continuer surveillance
non satisfaisant — référer

Enfant 0 à 4 ans :

- 1) Courbe pondérale : progression — normale — continuer surveillance
anormale — conseils, non amélioration — référer
- 2) Etat général — bon — continuer surveillance
mauvais — référer
- 3) Vaccinations : y veiller et référer

V GESTION D'UNE MATERNITE RURALE

- 1) Assurer l'entretien des locaux, du matériel
- 2) Tenir les registres à jour et rédiger les rapports périodiques
- 3) Gérer le dépôt de médicaments

- 73 -

VI ACTIVITES D'ANIMATION

Participer aux activités d'animation et d'éducation pour la santé

ANNEXE 4

PROJET D'ORDONNANCE SUR LES PRATIQUES TENDANT A
LA REGULATION DES NAISSANCES EN REPUBLIQUE DU MALI

Le Comité militaire de Libération nationale :

Vu l'ordonnance No. 1/CMLN du 28 novembre 1968 portant organisation provisoire des pouvoirs publics en République du Mali;

Vu le décret No. 142/PG-RM du 28 novembre 1970 fixant la composition du Gouvernement :

O R D O N N E

Article 1

Sont autorisées en République du Mali sous les réserves et dans les conditions qui seront déterminées par décret :

1. Les pratiques tendant à la régulation des naissances autres que l'avortement lorsque celles-ci seront conformes aux normes officielles de la science et s'inséreront dans les limites d'un programme national contrôlé conjointement par le Ministre de la Santé et le Secrétariat aux Affaires sociales.
2. L'information et l'éducation concernant les méthodes et moyens de régulation des naissances.
3. L'importation, la fabrication, la distribution des moyens contraceptifs autorisés par le Gouvernement.

Article 2

Il sera institué au niveau du Ministre chargé de la Santé et de la Population, un Conseil médical chargé d'élaborer la liste des moyens et produits contraceptifs autorisés.

Article 3

Tout acte accompli en violation de la présente ordonnance ou de son décret d'application sera puni des peines prévues à l'Article 171 du Code pénal et selon les distinctions établies par ledit article.

Article 4

Sont abrogées toutes dispositions contraires, notamment les articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 sur la propagande anti-conceptionnelle.

Article 5

La présente ordonnance sera exécutée comme loi de l'Etat.

LISTE DES CONTRACEPTIFS TRADITIONNELS DISPONIBLES
AU CENTRE PILOTE DE BAMAKO

1. Les poudres

- le "N'Gwané"
- le "N'Serewulem"
- le "Samanéné".

Elles sont utilisées dans les sauces, les bouillies ou dans le lait par les femmes.

2. Les infusions

- le tamarin
- le "Knokorobaji" ou Moridlo (alcool de marabout)
- le Didlo (hydromel).

3. Les moyens mécaniques

- le "N'Talenfura" (toile d'araignée) qui ressemble beaucoup au diaphragme;
- le Tafo : ficelle en coton portant plusieurs noeuds, attachée à la taille de la femme.

4. Autres méthodes

- l'allaitement prolongé
- la séparation des époux.

a) La méthode Stérilet

Services	Nombre de consultantés		Méthode Stérilet						
	Nouvelles	Anciennes	lère insertion	Insertion après changement de méthode	Expulsion observée	Réinsertion	Retrait sur demande	Grossesse sur Stérilet	Visite de contrôle
SMI Niarela	69	107	17	2	1	0	3	0	49
SMI Missira	43	96	15	1	1	1	2	0	57
SMI Centrale	33	68	18	0	2	2	10	0	48
SMI Hamdallaye	107	57	31	1	0	0	2	0	45
Maternité Gabriel Touré	23	15	20	0	0	1	0	0	15
SMI Badalabougou	9	10	15	0	0	0	0	0	1
Total	284	353	116	4	4	4	17	0	215

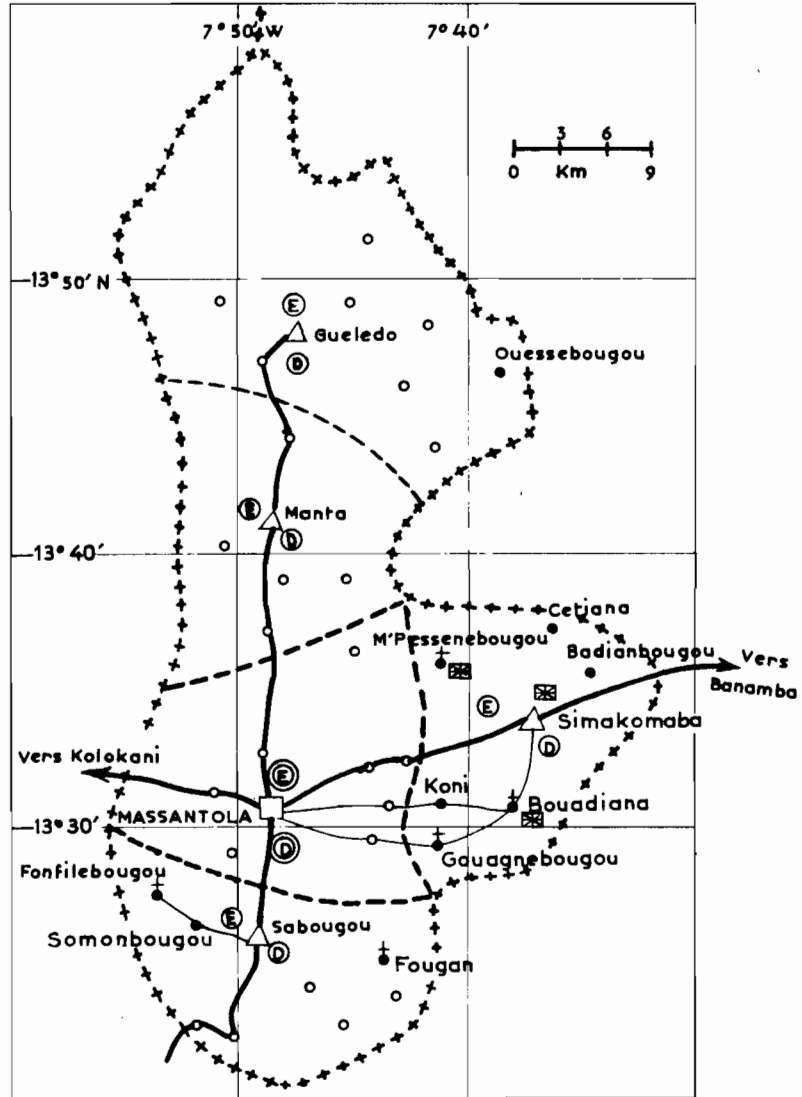
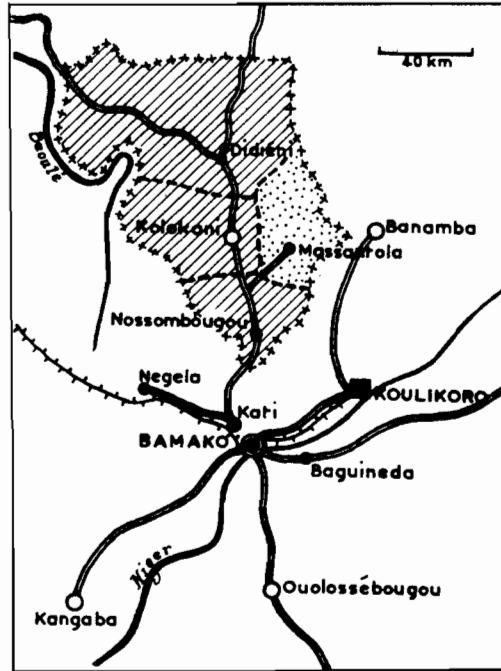
b) La méthode Pilule

Services	Méthode Pilule				
	lère Visite	Après le changement	Renouvellement	Nombre de cycles à la lère visite	Nombre de cycles renouvelés
SMI Niarela	33	1	43	124	150
SMI Missira	13	4	14	20	32
SMI Centrale	1	0	5	1	5
SMI Hamdallaye	60	8	37	72	80
Maternité Gabriel Touré	3	0	0	3	0
SMI Badalabougou	1	0	0	3	13
Total	111	13	99	223	280

FINANCEMENT DES CLINIQUES DE PLANIFICATION*
FAMILIALE - CELLES PREVUES POUR 1978

Régions	Cercles	Arrondissement	Financement	
			Gouvernement Santé familiale (FNUAP)	AMPDE
Ségou IV	Ségou-Saou Macina*, Niono*	Dioro*	+ + +	
Bamako District	Maternités du Point "G" et de Gabriel Touré SMI { Centrale Badala Missira Hamdallaye Niarela-Kati Centre pilote		+ +	+ + + +
Koulikoro II	Koulikoro Kolokani	Baguina		+ + +
Sikasso	Sikasso			+
Mopti	Mopti Bandiagana* Teninkou*	Konna*	+ + +	+

REPUBLIQUE DU MALI



LEGENDE CARTE DE MASSANTOLA

- | | | | |
|-----|------------------------------|-----|-------------------------------------|
| □ | Chef-lieu d'Arrondissement | ⊕ | Dispensaire = Centre de Santé rural |
| △ | Chef-lieu du Secteur de Base | ⊙ | Dispensaire de Secteur de Base |
| ⚙ | Village avec agent sanitaire | ⓔ | Ecole 1er cycle |
| ● | Village prospecté | ⓔ | Ecole 1er et 2 ^e cycles |
| — | Piste carrossable | ⊠ | Champ collectif |
| +++ | Limite d'Arrondissement | --- | Limite de Secteur de Base |

ENQUETE SUR LA RELATION POUVANT EXISTER ENTRE LA VIE SEXUELLE
DE LA FEMME ET LA MORTALITE DES ENFANTS
INTERROGATOIRE DE 102 MERES

Village : N° d'ordre :

Nom de la femme : Age :

Nombre de coépouses : Rang de coépouse :

Les coépouses ont-elles des enfants : oui Niveau d'instruction :
de son propre mari non

Nombre d'années depuis le mariage :

Date de reprise des rapports sexuels après l'accouchement :

Nombre moyen de journées où ont lieu des rapports sexuels
par semaine
ou par mois

Est-elle actuellement enceinte : oui
non

Si oui, de combien de mois :

Age de son dernier enfant : Ablactation

Quand a-t-il été sevré :

Nombre total de grossesses :
d'avortements :
de morts nés :
de naissances vivantes :
d'enfants décédés :

Intervalle entre 2 grossesses : maximum Action allaitement
minimum
moyen

Age première grossesse =

Age protogénésique =

ENQUETE AUPRES DES FEMMES SUR L'ACCEPTABILITE
DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

(Complément à l'enquête sur la mortalité des enfants)

Le "séré" :

- 1) Connaissez-vous cette maladie que l'on appelle "séré" ? oui
non

- 2) Si oui comment se présente-t-elle ? (ne pas l'aider)

Signes cités : cheveux	Autres signes cités
peau
oedèmes
anorexie
diarrhée
amaigrissement

- 3) Si non, lui décrire la maladie. L'a reconnait-elle ? oui
non

Dans les 2 cas :

- 4) Y en-a-t-il eu chez vos enfants ? oui
non

Ont-ils guéri ? oui	Précisions
non

- 5) A quoi est-elle due ?
- A la survenue d'une nouvelle grossesse alors que la maman allaite
- A une autre cause Laquelle ?

- 6) A quel âge apparait-elle ?

ANNEXE 13

ENQUETE AUPRES DES HOMMES SUR L'ACCEPTABILITE
DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

PROTOCLE : Interroger au moins 30 hommes du groupe d'âge des jeunes (20 à 40 ans environ) mariés, répartis dans au moins 5 villages (1 par secteur). Enquête nécessairement faite par un homme.

NOM AGE PROFESSION N° D'ORDRE

NIVEAU D'INSTRUCTION : N° D'ORDRE DE SES FEMMES (éventuellement, si elles sont interrogées).

NOMBRE DE FEMMES : 1

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS : 2

DECEDES : 3

4

Le "séré" :

1) Connaissez vous cette maladie que l'on appelle "séré" ? oui

non

2) Si oui, comment se présente-t-elle ? (ne pas l'aider)

Signes cités : cheveux Autres signes cités :

peau

oedèmes

anorexie

diarrhée

amaigrissement

3) Si non, lui décrire la maladie. La reconnaît-il ? oui
non

Dans les 2 cas :

4) Y en a-t-il eu chez vos enfants ? oui
non

Ont ils guéri ? oui Précisions :
non

5) A quoi est-elle due ?

A la survenue d'une nouvelle grossesse alors que la maman allaite
A une autre cause Laquelle :

6) A quel âge apparaît-elle ?

7) Que faut-il faire pour que ses enfants n'attrapent pas le "séré" ?

Espacement des naissances

Autre Quoi ?

8) Connaissez-vous des méthodes qui permettent à une femme de ne pas tomber
enceinte pendant qu'elle allaite ? oui
non

Lesquelles :
.....
.....
.....

9) Aimeriez-vous qu'on vous apprenne une méthode nouvelle très efficace ?

oui
non

Annexe 13

10) Quelle est la méthode que vous vous préféreriez ?

Celle qui est utilisée par l'homme pour ne pas rendre sa femme enceinte ?

Ou bien celle qui est utilisée par la femme pour ne pas tomber enceinte ?

11) Lui présenter les préservatifs, la pilule et le stériler

Une méthode au moins lui plaît

Aucune ne lui plaît

12) Si au moins une lui plaît, la ou lesquelles préfèrent-il ? Pourquoi

.....

13) Que pense-t-il de l'espacement des naissances

.....
.....
.....

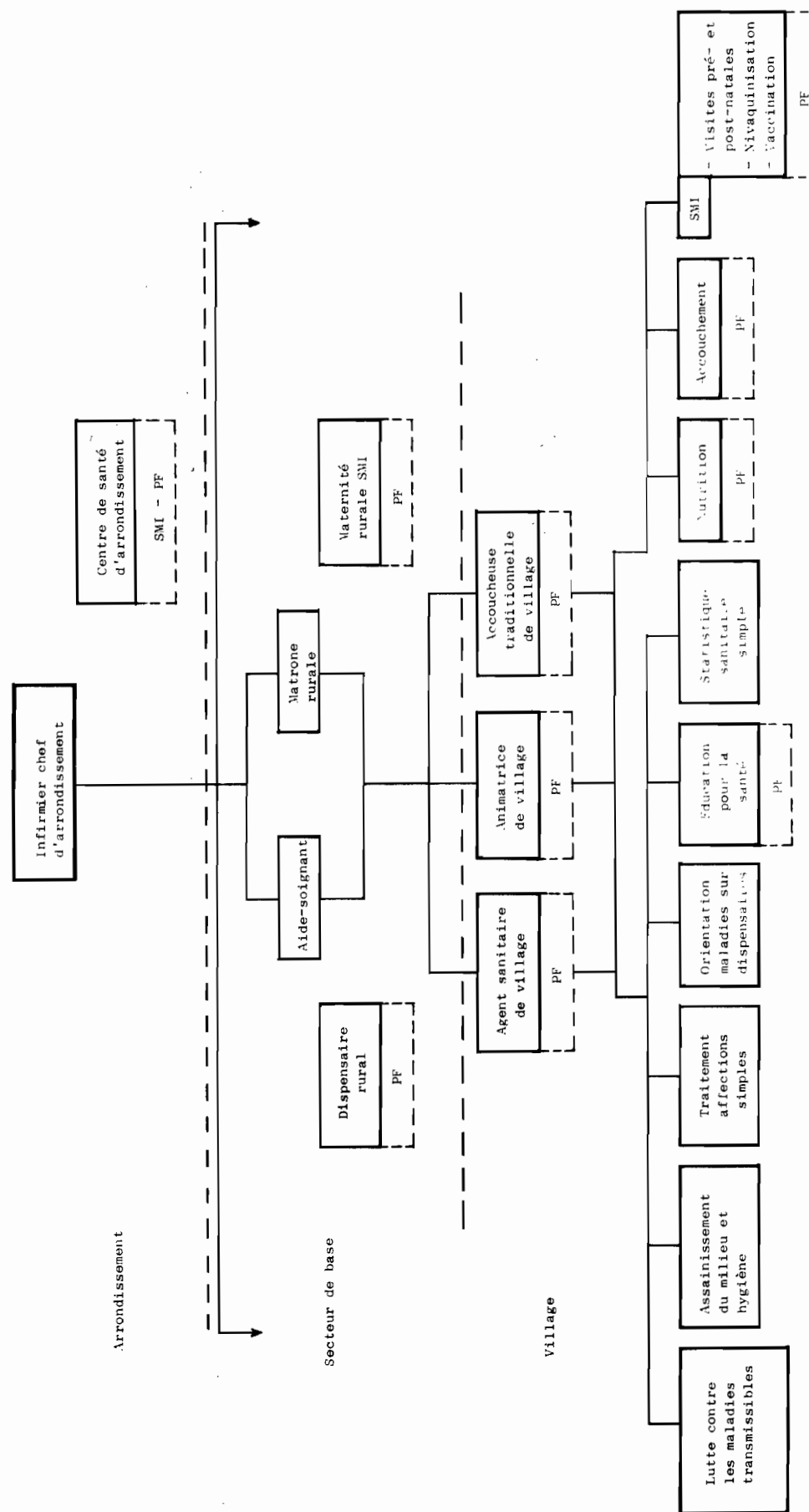
14) Conclusion de l'enquêteur :

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------|---|--|
| n (G.T.) et Nicolas (F) | (s.d) | - | Amour sans Carré blanc
Ed. Resma, France |
| international de l'Enfance | (1976) | - | La santé de la famille et
de la communauté
Les classiques africains,
Ed. St. Paul, château de
Longchamp, Bois de Boulogne,
75016 Paris, France |
| Commission médicale chrétienne | (1974) | - | Centre de consultation pour
enfant de moins de 5 ans,
Cahier No. 11,
Ed. Com. Méd. Chrét. Cons.
Oecumén. Egl. |
| Commission médicale chrétienne | (1976) | - | Planning familial pour qui ?
Cahier No. 21,
Ed. Com. Méd. Chrét. Cons.
Oecumén. Egl. |
| Congrès mondiale de la population | (1967) | - | Fécondité - Planification de
la famille - Mortalité,
E/Conf.41/3, No. de vente
66.XIII.6,
Ed. Nations Unies, N.Y. |
| Ulive (W) | (1975) | - | Qu'est-ce que la contraception ?
OMS, Genève |
| CRDI | (1973) | - | Education sexuelle en Afrique
tropicale, 1 vol.,
Ed. CRDI - BP 8500 Ottawa,
Canada |
| CRDI | (1974) | - | Hypofécondité et infécondité
en Afrique, 1 vol.,
Ed. CRDI - BP 8500 Ottawa,
Canada |
| CRDI | (1974) | - | Le CRDI informe, Population,
Vol. no. 4. |
| CRDI | (1975/76) | - | Famille et Développement, revue
trimestrielle africaine de santé
familiale,
Ed. CRDI, Boulevard de la Répu-
blique, Immeuble S.N. Tall
Dakar, Sénégal |

- 21. Kleinman (R.L.) et al (1976) - Evaluation médico-sociale d'une action de planification familiale à Dakar, No. 139, Thèse Médecine, Université de Dakar, Sénégal
- 22. Kleinman (R.L.) (1969) - Manuel médical, 3è éd., Ed. IPPF 18-20 Lover Regent Street, Londres
- 23. Kumudini (D) (1975) - Manuel de Planification familiale à l'usage des médecins, Ed. IPPF
- Laplante (A), Samaké (F) et al (1968) - Populariser la régulation des naissances - L'expérience en Inde, 1 vol., Ed. CRDI - BP 8500, Ottawa, Canada
- Laurentin (A.R.) (1975) - Planning familial au Mali CRDI, 045f - BP 8500 - Ottawa, Canada
- ... (1974) - ...
- ... (1976) - ...
- ... (1969) - ...
- ... (1975) - ...

Etude pré
Un outil
formation
de la santé
typé, Proje
africains d'
Sciences de

PLACE DES ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SUI PF)



B I B L I O G R A P H I E

1. Bergeron (G.T.) et Nicolas (F) (s.d) - Amour sans Carré blanc
Ed. Resma, France
2. Centre international de l'Enfance (1976) - La santé de la famille et
de la communauté
Les classiques africains,
Ed. St. Paul, château de
Longchamp, Bois de Boulogne,
75016 Paris, France
3. Commission médicale chrétienne (1974) - Centre de consultation pour
enfant de moins de 5 ans,
Cahier No. 11,
Ed. Com. Méd. Chrét. Cons.
Oecumén. Egl.
4. Commission médicale chrétienne (1976) - Planning familial pour qui ?
Cahier No. 21,
Ed. Com. Méd. Chrét. Cons.
Oecumén. Egl.
5. Congrès mondiale de la population (1967) - Fécondité - Planification de
la famille - Mortalité,
E/Conf.41/3, No. de vente
66.XIII.6,
Ed. Nations Unies, N.Y.
6. Clive (W) (1975) - Qu'est-ce que la contraception ?
OMS, Genève
7. CRDI (1973) - Education sexuelle en Afrique
tropicale, 1 vol.,
Ed. CRDI - BP 8500 Ottawa,
Canada
8. CRDI (1974) - Hypofécondité et infécondité
en Afrique, 1 vol.,
Ed. CRDI - BP 8500 Ottawa,
Canada
9. CRDI (1974) - Le CRDI informe, Population,
Vol. no. 4.
10. CRDI (1975/76) - Famille et Développement, revue
trimestrielle africaine de santé
familiale,
Ed. CRDI, Boulevard de la Répu-
blique, Immeuble S.N. Tall
Dakar, Sénégal

11. Dicko (I) (1975) - Contribution à l'organisation et à l'administration des services de santé maternelle et infantile dans la région de Bamako, Thèse Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, Mali
12. Elliott (C) (1975) - Soins de santé primaires : une priorité oui, mais ...; Cahier n° 19, Ed. Com. Méd. Chrét. Oecumén. Egl.
13. Fédération internationale pour le Planning familial (IPPF) (1971) - Le Planning familial pour les sages-femmes et infirmières, "Peuples", Revue trimestrielle, années 1974, 1975, 1976
14. Fédération internationale pour le Planning familial (IPPF) (1970) - Rapport entre la taille de la famille et la santé de la mère et de l'enfant, document n° 5, 1 vol.
15. Fédération internationale pour le Planning familial (IPPF) (1974/75/76) - Bulletin médical : revue mensuelle
16. Fédération internationale pour le Planning familial (1975/76) - Planning familial dans cinq continents, revue mensuelle, Ed. IPPF, 18-20 Lover Regent Street, Londres
17. Gamble (C.J.) et Gutmacher (1966) - Planning familial : un défi à ceux qui travaillent pour la santé dans toutes les nations 1 vol., Ed. Pathfinder Fund 1575 Tremont Street, Boston Massachussets 02120 USA
18. Hanguiné (S.M.) (1976) - Formation et utilisation des accoucheuses traditionnelles au Mali, Thèse Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, Mali
19. Jankhed (I) et Arole (R.S.) (1972) - Un projet d'action sanitaire globale en milieu rural, Cahier No. 5 Ed. Com. Méd. Chrét. Cons. Oecumén. Egl.

20. Koné Diabi (1976) - Evaluation médico-sociale d'une action de Planification familiale à Dakar, No. 139, Thèse Médecine, Université de Dakar, Sénégal
21. Kleinman (R.L.) et al (1969) - Manuel médical, 3è éd., Ed. IPPF 18-20 Lover Regent Street, Londres
22. Kleinman (R.L.) (1975) - Manuel de Planification familiale à l'usage des médecins, Ed. IPPF
23. Kumudini (D) (1968) - Populariser la régulation des naissances - L'expérience en Inde, 1 vol., Ed. CRDI - BP 8500, Ottawa, Canada
24. Laplante (A), Samaké (F) et al (1975) - Le Planning familial au Mali Ed. CRDI, 045f - BP 8500 - Ottawa, Canada
25. Laurentin (A.R.) (1974) - Infécondité en Afrique noire Maladies et conséquences sociales, Ed. Masson et Cie, 120 Boulevard St. Germain, 75006, Paris, France
26. Maïga (M.A.) (1976) - Promotion des soins de santé primaires au Mali, Thèse Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, Mali
27. Manisoff (M.T.) (1969) - Régulation des naissances, le rôle de l'infirmière, Ed. Population Council New-York, N.Y. 10017, USA
28. Martin (J) (1975) - Etude pratique de la famille Un outil essentiel dans la formation des travailleurs de la santé. Document ronéotypé, Projet des centres africains d'enseignement des Sciences de la santé (PC AESS), Centre universitaire des Sciences de la Santé, (CUSS), Yaoundé, Cameroun

29. Martin (J) (1975) - Planification familiale. Dix points fondamentaux et une bibliographie, Document ronéotypé, PC AESS, CUSS, Yaoundé, Cameroun
30. Martin (J) (1975) - Santé familiale - Notions de base et une bibliographie, Document ronéotypé, PC AESS, CUSS, Yaoundé, Cameroun
31. Millin (1974) - A propos d'une expérience de Planification familiale en Algérie, No. 139, Thèse Université René Descartes Paris
32. Morehead (J.E.) (1976) - Le personnel paramédical dans le Planning familial
33. Organisation mondiale de la Santé (1966) - Le rôle de la sage-femme dans la protection de la maternité, Sér. Rapp. techn. No. 331, Genève
34. Organisation mondiale de la Santé (1969) - Organisation et administration des Services de SMI, Sér. Rapp. techn. No. 428, Genève
35. Organisation mondiale de la Santé (1970) - Aspects sanitaires de la Planification familiale, Sér. Rapp. techn. No. 442, Genève
36. Organisation mondiale de la Santé (1971) - Education sanitaire en matière de Planification familiale, Sér. Rapp. techn. No. 483, Genève
37. Organisation mondiale de la Santé (1971) - Planification familiale et les Services de santé, Sér. Rapp. techn. No. 476, Genève
38. Organisation mondiale de la Santé (1971) - Méthode de régulation de la fécondité : apports récents de la recherche et de l'expérience clinique Sér. Rapp. Techn. No. 473, Genève

39. Organisation mondiale de la Santé (1972) - Enseignement et formation professionnelle préparant à la planification familiale dans les Services de santé, Sér. Rapp. techn. No. 508 Genève
40. Organisation mondiale de la Santé (1974) - La Planification familiale et formation des infirmières et des sages-femmes, Cahier de Santé publique, Sér. Rapp. techn. No. 53 Genève
41. Organisation mondiale de la Santé (1976) - Développement d'un programme national de santé familiale au Mali, AFR/MCH/70, Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville
42. Organisation mondiale de la Santé (1976) - Développement des services de santé publique, AFR/PHA/170, Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville
43. Organisation mondiale de la Santé (1977) - Programme national de santé familiale au Mali, AFR/MCH/75, Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville
44. Pierrotti (D), Jourdain (A) et al (1976) - Régulation des naissances en Afrique, 2è éd., Ecole nationale de la Santé publique, "Section Santé et Protection de la famille" Rennes
45. Population Council (1971) - Accroissement démographique de la population et bien-être économique, Bulletin de démographie et de Planning familial No. 6
46. Population Council (1972) - Programme de population et de Planning familial : Un tour d'Horizon, Bulletin de démographie et de Planning familial, No. 2

- | | | |
|--------------------------|----------|--|
| 47. Population Council | (1972) - | Technologie de la contraception
Méthodes actuelles et à venir,
Bulletin de démographie et de
Planning familial, No. 1 |
| 48. Population Council | (1972) - | Les effets de la pression démographique sur la famille et l'échelonnement des naissances
Bulletin de démographie et de
Planning familial, No. 9 |
| 49. Population Council | (1973) - | Conclusion de la recherche sur le Planning familial,
Bulletin de démographie et de
Planning familial, No. 12 |
| 50. Population Council | (1973) - | Politique démographique dans les plans de développement économique : une étude de 70 pays peu développés,
Bulletin de démographie et de
Planning familial, No. 13 |
| 51. Population Council | (1974) - | Naissances désirables basées sur la maternité, Ed. Kinshasa, République du Zaïre |
| 52. Population Council | (1975) - | Les droits de la femme et la Fécondité, Bulletin de démographie et de Planning familial No. 17 |
| 53. Pradervand (P) | (1971) - | Introduction aux problèmes de Planning familial et de la limitation des naissances dans le Tiers Monde,
Ed. du Centre de Planning familial du Québec, 65, Est Sherbrooke Montréal, Canada |
| 54. Quenum Comlan (A.A.) | - | L'Afrique face au problème de la contraception |
| | (1967) | (Afrique nouvelle 17-23
) Afrique documents 24-25, 317-327 |
| | (1968) | Afrique médicale 63, 583-590 |
| 55. Rozenbaum (H) | (1976) - | Que faire devant une demande de contraception ?
Ed. Masson et Cie |

- | | | |
|--|----------|--|
| 56. Sidibé (M) | (1976) - | Approches des problèmes nutritionnels en zone rurale, Thèse Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, Mali |
| 57. Schieffelin (O) | (1967) - | Attitudes de l'Islam face à la régulation des naissances P.C. New-York, N.Y. 10017 USA |
| 58. Schwartz (D) et Lazar (P) | (s.d.) | Eléments de statistique médicale et biologique, Ed. Flammarion, France |
| 59. Sutter Dr, Le Moal Dr et al | (1963) - | Sexualité et limitation des naissances, cahier No. 43, Librairie Artheme Fayard. |
| 60. Verderes Maria de Lourdes et Turnbull Lily (M) | (1975) - | L'accouchement traditionnel dans la protection maternelle et infantile et dans la planification familiale, OMS, Genève Publication Offset. |