

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

79-17-3

Année 1979

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

N°

APPROCHE MALIENNE DE LA SANTÉ FAMILIALE EN MILIEU RURAL

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1979
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par: M^{me} SECK née Penda N'DIAYE
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs:

Professeur Comlan A.A. QUENUM

Pr

Docteur Liliane F. BARRY

Docteur Abdoulaye DIALLO

Docteur Hubert BALIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1978-1979

Directeur Général : Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général : Monsieur Godefroy COULIBALY
Econome : Monsieur Dionkounda SISSOKO
Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Bernard BLANC : Gynécologie-Obstétrique
- Sadio SYLLA : Anatomie - Dissection
- André MAZER : Physiologie
- Jean-Pierre BISSET Biophysique
- Francis MIRANDA : Biochimie
- Michel QUILICI : Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELYN Biochimie
- Oumar SYLLA : Pharmacie chimique - Chimie organique
- Georges GRAS : Toxicologie-Hydrologie
Docteur Alain DURAND : Toxicologie
- Bernard LANDRIEU: Biochimie
- J.P. REYNIER : Pharmacie galénique
- Mme P.GIONO-BARBER Anatomie-Physiologies Humaines
- Mme Thérèse FARES Anatomie-Physiologie Humaines
- Enile LOREAL : O.R.L.
- Jean DELMONT : Santé Publique
- Boubacar CISSE : Toxicologie-Hydrologie.

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA : Ophtalmologie
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale
- Mohamed TOURE : Pédiatrie
- Souleymane SANGARE Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUHARE : Pharmacologie-Matières m
- Pierre SAINT ANDRE Dermatologie-Vénérologie
- Philippe RANQUE : Parasitologie
- Bernard DUFLO : Pathologie médicale
- Oumar COULIBALY : Chimie organique
- Adama SISSOKO : Zoologie

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Aly GUINDO	: Séniologie digestive
-	Abdoulaye AG-RHALY	: Séniologie Rénale
-	Sory KEITA	: Microbiologie
-	Yaya FOFANA	: Microbiologie
-	Moctar DIOP	: Séniologie chirurgicale
-	Balla COULIBALY	: Pédiatrie - Médecine du Travail
-	Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
-	Mamadou-Lamine TRAORE	: Gynécologie-Obstétrique-Médecine Légale
-	Boubacar CISSE	: Dermatologie
-	Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-	Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
-	Sanoussi KONATE	: Santé Publique
-	Issa TRAORE	: Radiologie
-	Mamadou Kouréissi TOURE	: Séniologie Cardio-Vasculaire
-	Siné BAYO	: Histologie-Embryologie - Anapath.
Mme	KEITA (Oulématou) BA	: Biologie animale
Mr.	Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.

CHARGES DE COURS

Docteurs	L. AVRAMOV	: Psychiatrie
-	Christian DUMAT	: Microbiologie
-	Mme SY (Assitan) SY	: Gynécologie
-	Isack Mamby TOURE	: Microbiologie
-	Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Traumatologie-Séniol.chirurgicale
-	Henri DUCAM	: Pathologie Cardio-Vasculaire
-	Boukassoum HAIDARA	: Galénique - Chimie organique - Diététique et Nutrition
-	Philippe JONCHERES	: Urologie
-	Hamadi Modi DIALL	: Chimie ANalytique
-	Mme Brigitte DUFLO	: Séniologie digestive
Mr.	MARTIN	: Chimie Analytique
Professeur	Tiénoko MALLET	: Mathématiques
-	Amadou Baba DIALLO	: Physique
-	N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
-	Lassana KEITA	: Physique
-	Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
-	Daouda DIALLO	: Chimie générale - Minérale.

CE TRAVAIL EST DEDIE

A mon regretté cher Père -

Tu m'as quitté trop tôt; depuis ne n'ai point perdu courage -
J'ai toujours marché dans le respect du sillage de ta mémoire dont
enfin j'entrevois les lueurs - Ce travail t'est dédié pour que ton
souvenir l'imprègne - Puisse-tu reposer en paix.

A ma mère

Qui a veillé on ne peut mieux sur nous depuis toujours -
En témoignage de mon affection indéfectible et filiale -

A mes oncles et tantes

Pour votre soutien moral et vos encouragements incessants -
Que cette thèse soit l'expression de votre persévérance à mon égard.

A mes frères et soeurs

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

A mon mari

Qui a compris et accepté mes exigences d'épouse. Etudiante.
Pour ton soutien moral et tes encouragements incessants dans le
déroulement de mes études, ce travail est aussi le tien-

A la Famille SECK

Pour votre sollicitude et votre présence affectueuses qui m'ont été
d'un précieux reconfort -

A tous mes amis

En souvenir des moments passés ensemble -

.../...

Au Président de notre Jury

Monsieur le professeur COMLAN A.A. QUENUM

Directeur du Bureau Régional de l'O.M.S. pour l'Afrique

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

Pour l'assistance que l'O.M. a fourni dans l'élaboration de cette
Thèse -

Pour l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse -

Hommage respectueux

Aux membres du Jury.

- Docteur Liliane F. BARRY

Nous avons trouvé auprès de vous une précieuse aide 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 -

- Docteur Abdoulaye DIALLO

Nous sommes honorés de votre présence dans ce Jury,
Soyez en remercié -

- Docteur Hubert BALIQUE

Tout au long de la réalisation de ce travail, nous avons bénéficié de votre expérience de Medecin de Santé Publique-

Vous vous êtes toujours mis à notre disposition pour nous éclaircir-

Avec nos remerciements, nous vous prions de trouver, ici la consécration de vos efforts -

.../...

A Monsieur le Professeur Aliou BA

Directeur de l'Ecole Nationale de Medecine et de Pharmacie

Pour la constance avec laquelle il a contribué à notre formation,

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude -

A tout le Corps Professoral de l'Ecole Nationale de Medecine

Pour l'enseignement et la formation professionnelle qu'ils nous ont
donnés,

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de notre respectueuse
gratitude -

Au Docteur Moussa MAIGA

Pour l'aide précieuse et pour l'intérêt qu'il accorde aux problèmes
de Santé Publique,

Qu'il en soit honoré.

A tout le personnel de l'Ecole de Medecine

A Monsieur TRAORE B.

A tout le personnel de P.M.I Centrale

Nos remerciements -

A toute notre promotion -

TABLE DE MATIERES

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION.....	I
1- <u>Importance des problèmes de Santé de la mère et de l'enfant au Mali</u>	3
1.1 -Rappels sur le contexte malien.....	4
1.1.1 - Le pays	
1.1.2 - Les hommes	
1.1.3 - Son économie.....	6
1.1.4 - La situation sanitaire.....	6
1.2 -Importance de la population maternelle et infantile du Mai.....	8
1.2.1 - Importance numérique.....	8
1.2.2 - Importance qualitative.....	10
1.3 -Etude des statistiques sanitaires relatives à la Santé de la mère et de l'enfant.....	10
1.3.1 - Source des données..	
1.3.2 - Etude des données officielles.....	11
1.3.3 - Etude des données hospitalières.....	11
1.3.4 - Etude des travaux antérieurs de l'Ecole Nationale de Médecine.....	19
1.4 - Enquête personnelle sur le terrain.....	25
1.4.1- Objectifs de l'enquête	
1.4.2- Modalités	
1.4.3- Résultats.....	30
1.4.4- Conclusion.....	39
2- <u>Situation actuelle du Service de Santé Familiale au Mali</u>	43
2.1 - Quest-ce que la Santé Familiale ?.....	44
2.1.1- Définition	
2.1.2- Objectifs du Service	
2.1.3- Les méthodes	

2.2.- La politique de la Santé Familiale au Mali.....	46
2.2.1- Historique.....	
2.2.2- Les choix actuels	
2.2.3- Organisations actuelle du Service de Santé Familiale.....	47
2.3.- Situation de la Santé Familiale en milieu rural....	48
2.3.1- Ressources	
2.3.2- Activités.....	50
2.3.3- Identification des problèmes techniques qui se posent à la réalisation des actions de Santé Familiale en milieu rural.....	51
3. - <u>Recommandations</u>	54
4. - <u>Conclusion</u>	73
5. - <u>Annexes</u>	75
6. - <u>Bibliographie</u>	88

- 1 -

.. INTRODUCTION

Au Mali, la protection de la santé en zone rurale est loin d'être satisfaisante. Les chiffres de mortalité les plus élevés touchent surtout la mère et l'enfant. Les enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition, de maladies infectieuses; les femmes enceintes ne bénéficient ni d'une bonne surveillance pendant la grossesse, ni d'une aide compétente lors de l'accouchement.

La médecine curative des adultes a pris le pas sur la médecine préventive s'adressant à la femme et à l'enfant qui pourtant représentent la proportion la plus importante de la population malienne.

Les zones urbaines sont privilégiées par rapport aux zones rurales. Il est temps d'enrayer ce déséquilibre, car les 80% de la population et plus particulièrement les femmes et les enfants ont aussi droit d'être protégés contre les maladies meurtrières et bénéficier de soins de santé primaires.

Lors du dernier séminaire national de la Santé Publique le Mali a relevé le pari de la santé pour tous en l'an 2.000.

Nous avons essayé par ce travail, de faire le point sur la situation sanitaire actuelle de la mère et de l'enfant et d'apporter quelques recommandations utiles pour son amélioration future.

Cette étude comporte 3 grands chapitres :

- I - Importance des problèmes de santé de la mère et de l'enfant
 - 2 - Situation actuelle du service de Santé Familiale au Mali
 - 3 - Recommandations.
-

I - IMPORTANCE DES PROBLEMES DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

AU MALI

1.1 - RAPPELSUR LE CONTEXTE MALIEN

1.1.1. - LE PAYS

Le Mali est un vaste pays continental situé au coeur de l'Afrique de l'Ouest.

D'une superficie de 1.240.000 km², il est situé à cheval sur le Sahel.

Du Nord au Sud il offre successivement à ses populations

- une zone saharienne refuge des nomades
- une zone sahélienne où vivent d'immenses troupeaux;
- une zone soudanienne, agricole, faite de savane et de plateaux latéritiques -

Le Niger ménage au sein de territoire une vaste plaine alluviable qu'il enrichit chaque année de ses crues.

Le climat tropical offre 2 saisons qui se font suite :

- une saison sèche aux températures modérées de novembre à février, et très élevées de Mars à Mai -

- une saison humide de Juin à Octobre. Elle reçoit au cours de ces 5 mois la totalité des précipitations qui s'échelonnent entre 500 millimètres au nord et plus d'un mètre au Sud.

1.1.2 - LES HOMMES

Peuplé de 6 300 000 habitants, le Mali a donc une densité de 5,6 habitants au Km². Mais ces chiffres varient très fortement entre les zones:

- Saharienne où ils ne dépassent pas 0,2 habitants au Km².
- et soudanienne où ils peuvent atteindre 20 habitants au Km².

Cette population se caractérise par :

.../...

TABLEAU N°1 - REPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHE D'AGE
ET PAR SEXE

Source : Service de Statistique Générale (1976)

GROUPE D'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POURCENTAGE (%)
0-4 ans	559 863	556 247	1 116 110	17,6
5-9 ans	475 992	436 065	912 053	14,4
10-14 ans	386 240	344 160	730 400	11,5
15-19 ans	315 677	280 213	595 890	9,4
20-24 ans	196 834	253 220	450 054	7,1
25-29 ans	189 716	225 584	415 300	6,5
30-34 ans	161 552	213 051	374 603	5,9
35-39 ans	170 528	188 629	359 157	5,6
40-44 ans	130 604	153 281	283 885	4,5
45-49 ans	122 248	129 823	252 075	3,9
50-54 ans	125 342	116 327	241 669	3,8
55-59 ans	86 966	98 010	184 976	2,9
60-64 ans	66 540	79 372	145 912	2,3
65-69 ans	47 042	60 091	107 133	1,6
70 ans et plus	59 731	79 372	139 103	2,2
TOTAL	3 094 875	3 213 445	6 308 320	100

- Sa prédominance rurale : plus de 80 % des maliens vivent dans plus de 10.000 villages, bien que la capitale Bamako approche le 1/2 million d'âmes.
- Sa jeunesse : Près de 60% de la population a moins de 20 ans.
- Sa pluralité ethnique : Les principaux groupes appartiennent aux bambaras (26%), peulhs (9%), Saracolé (7%), Malinkés : 5%.
- Ses religions : 60 % de musulmans vivent aux côtés d'un pour cent (1%) de chrétiens et de plus de 30 % d'animistes.

2.1.3 - SON ECONOMIE

L'économie malienne repose quasi-exclusivement sur l'agriculture (mil, arachide, coton, riz) et l'élevage -

Elle souffre :

- d'un manque de richesses minérales seules capables aujourd'hui d'apporter les dividendes indispensables pour une croissance rapide-

- De l'absence de contact avec la mer -

- De la pauvreté du réseau de communication.

Cet ensemble de facteurs font du Mali l'un des pays au produit intérieur brut les plus bas du monde (de l'ordre de 100 US\$ dollars par habitant et par an).

1.1.4 - LA SITUATION SANITAIRE

Elle est caractérisée par :

- Une pathologie extrêmement riche,

- des moyens très limités,

- une population encore fortement marquée par son milieu traditionnel.

1.1.4.1 - La pathologie

Dominée par des affections d'ordre parasitaire (paludisme, filariose,....), infectieux (rougeole, méningite...), et carenciel, elle est responsable :-d'un taux de mortalité générale de 30 ‰ qui est particulièrement élevé pendant les 5 premières années de la vie.

- d'une espérance de vie à la naissance inférieure à 40 ans,

- D'une morbidité galopante, source de sérieuses pertes économiques (polio, cécité....)

1.1.4.2 - Les moyens

Grâce à la création de son école de médecine, Le Mali dispose d'un atout majeur pour l'avenir -

Cependant les ressources actuelles sont encore bien modestes-

- Ressources en personnel

Le Mali dispose :

- D'un médecin pour 30.000 habitants
- D'un chirurgien pour 300.000 habitants
- D'une sage femme pour 25.000 "-
- D'un infirmier " 4.000 "-

Malgré les mesures sévères prises par la direction nationale de la Santé, le déséquilibre du monde urbain sur le monde rural reste encore très grand.

- Ressources en formations sanitaires

2 hopitaux nationaux, 6 régionaux et 4 secondaires peuvent accueillir la masse des malades -

46 centres de Santé de cercle, 400 dispensaires ruraux et 238 maternités rurales complètent cette infrastructure si bien qu'aujourd'hui plus des 2/3 de la population dispose d'une formation sanitaire à moins de 30 km de chez elle.

Malheureusement, l'équipement très insuffisant de ces locaux rend encore les prestations fournies d'une qualité médiocre.

- Ressources financières

Ayant fait de la gratuité des soins un principe fondamental, le Mali n'arrive à offrir à sa population qu'un budget de 3,8 Milliards de F.M., soit environ 1 dollar par habitant dont plus des 2/3 sont destinés aux salaires du personnel et seulement 1 Milliard aux achats de matériel et médicaments.

I.2 - IMPORTANCE DE LA POPULATION MATERNELLE ET INFANTILE AU MALI

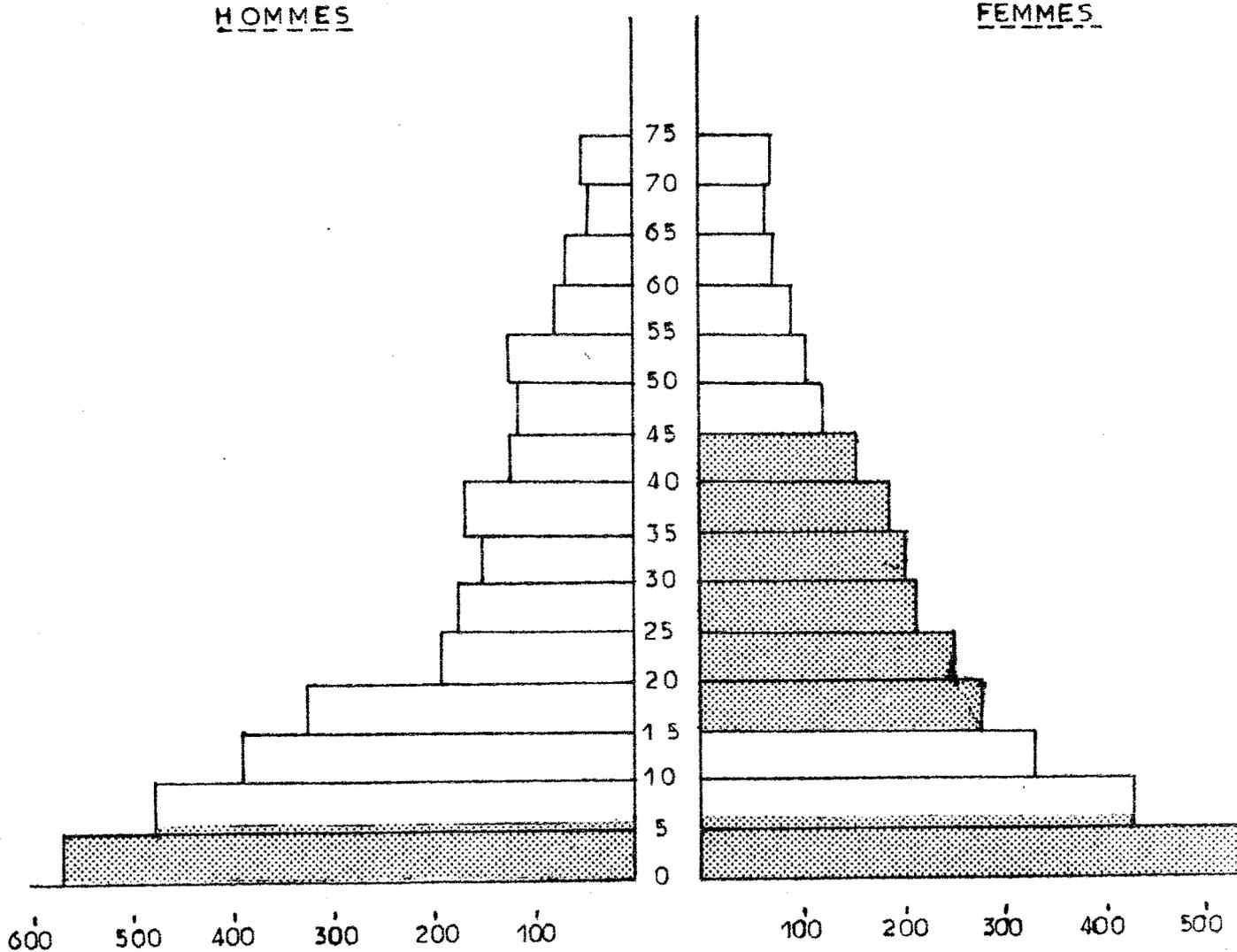
1.2.1 - IMPORTANCE NUMERIQUE

L'examen de la pyramide des âges (graphique N°1), nous montre que 44,19 % soit près de la moitié de la population totale est composée d'enfants de moins de 7 ans (23,36%) et de femmes en âge de procréer (20,83%).

GRAPHIQUE N° 1 Pyramide des âges

HOMMES

FEMMES



Population particulièrement concernée par la santé familiale :
enfants de 0 à 6 ans plus femmes de 15 à 45 ans.

1.2.2 - IMPORTANCE QUALITATIVE

Cette population est d'une part celle qui souffre le plus, puisque c'est elle qui subit la quasi-totalité des agressions du sous-développement (malnutrition, insalubrité...), et d'autre part celle qui engage le plus l'avenir national :

- Les femmes, par leur potentiel reproductif et éducatif, puisque ce sont elles qui donnent avant tout à l'enfant les éléments les plus solides sur lesquels il construira sa vie d'adulte -

- Les enfants, par leur nombre et leur qualité, qui sont les éléments dynamiques du monde de demain -

1.3 ETUDE DES STATISTIQUES SANITAIRES RELATIVES A LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

1.3.1 SOURCE DES DONNEES

Les statistiques que nous avons pu obtenir sont de 3 ordres:

1.3.1.1 - Des statistiques officielles communiquées par le Ministère du Plan-

1.3.1.2 - Des statistiques hospitalières issues des rapports périodiques des différentes formations sanitaires. Elles ont pour avantage unique, celui d'exister et pour inconvénient majeur d'être d'une fiabilité plus que minime - En effet :

- Elles ne reflètent que la réalité vue à l'intérieur des hopitaux, dispensaires et maternités et n'ont en conséquence qu'un rapport lointain avec la réalité présente dans les villages -

-Elles ont été recueillies pour la plupart par un personnel d'un niveau technique insuffisant : les 3/4 des malades sont vus par des aides-soignants, 1/5 par des infirmiers et 1/20 par des médecins (c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir apparaître dans les rapports "un adénome de la prostate chez la femme"). Ceci implique tout simplement que le médecin chef n'a pas lu ce rapport.

-Elles ont été enregistrées par un personnel peu convaincu de leur intérêt,

1.3.1.3 - Des enquêtes sur le terrain effectuées:

- par des organismes internationaux

- Surtout par les stagiaires de l'E.N.M.P notamment dans

le cadre du Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale (C.F.R.S.R.) de KOLOKANI .

Ces informations sont bien sûr ponctuelles, mais ont l'avantage d'une part de concerner directement les populations villageoises, d'autre part d'avoir été recueillies dans un esprit de recherche donc avec un maximum de rigueur

I.3.2 ETUDE DES DONNEES OFFICIELLES

(Source : Rapport statistique - Ministère de la Santé en 1974)

- Taux moyen de natalité : 55 ‰
- Taux de mortalité générale : 30 ‰
- Taux d'accroissement de la population + 25 ‰
- Taux de mortalité infantile : 150 ‰
- Mortalité de 0 à 5 ans : 400 ‰
- Taux de fécondité : 230 - 240 ‰
- Espérance vie à la naissance : 37 ans

I.3.3. - ETUDE DES DONNEES HOSPITALIERES

1.3.3.1 - La mortalité :

Tableau N° 2 : MORTALITE NÉO-NATALE PRÉCOCE (avant 7 jours)
 Source : statistiques hospitalières - direct. gén. santé 1974

C A U S E S	%
1. Accouchements dystociques	45,4
2. Malformations congénitales	14,2
3. Lésions obstétricales	9,3
4. Tétanos	3,7
5. Accidents	1,5
6. Anémies	0,9
7. Méningococcies	0,8
8. Pneumonies	0,4
9. Autres	23,8

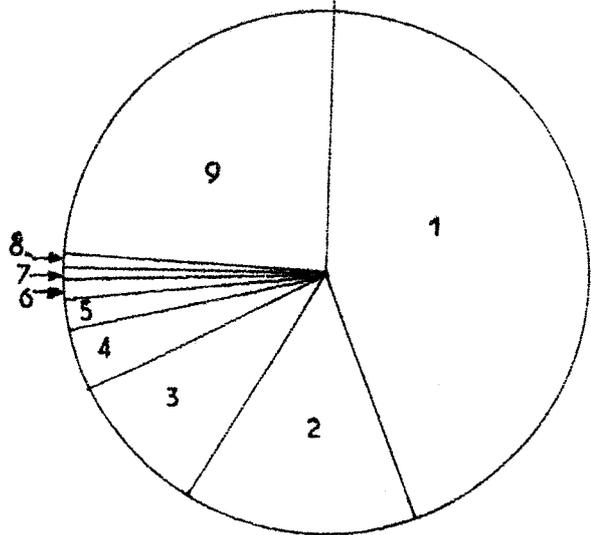


Tableau N° 3 : MORTALITE POST-NÉO-NATALE
 Source : statistiques hospitalières - direct. gén. santé 1974

C A U S E S	%
1. Paludisme	23,4
2. Entérites - Diarrhées	17,2
3. Rougeole	16,3
4. Pneumonies	8,5
5. Bronchites	5,9
6. Etats de carence	4
7. Anémies	2,1
8. Coqueluche	1,9
9. Malformations congénitales	1
10. Méningites	0,9
11. Autres	18,8

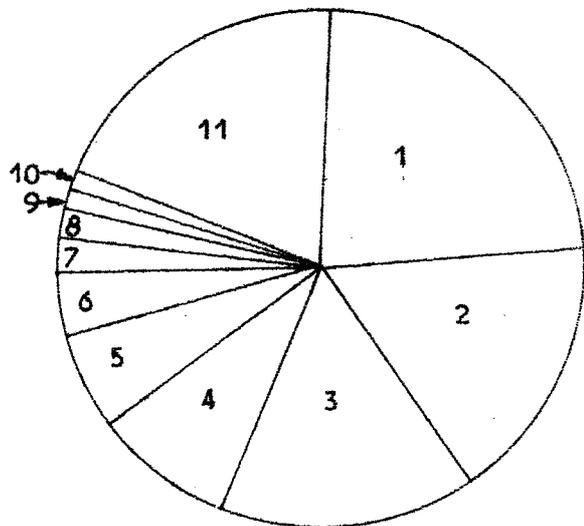


Tableau N° 4 : MORTI-NATALITE (à partir du 6^e mois de la grossesse)
 Source : statistiques hospitalières direction générale santé 1974

CAUSES	%
1 Dystocies	18,3
2 Anomalies	13,2
3 Maladies chroniques de la mère	9,8
4 Maladies de la grossesse et de l'accouchement	9,1
5 Malformations congénitales	5,7
6 Traumatismes obstétricaux	5,7
7 Maladies aiguës de la mère	4,7
8 Autres	33,5

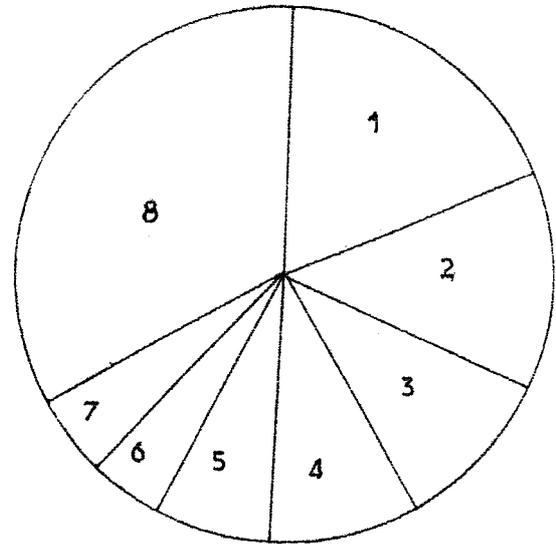
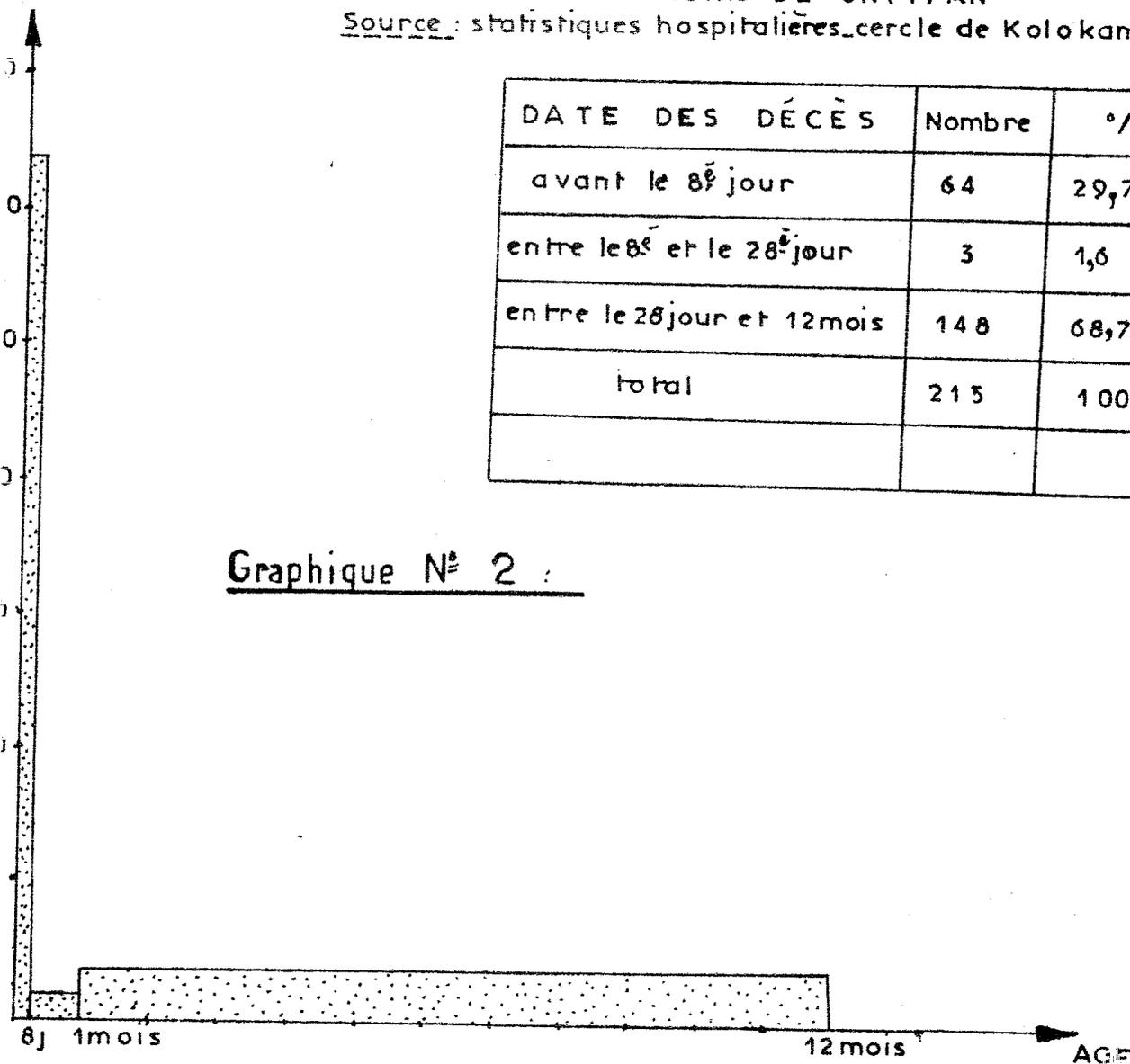


Tableau N° 5 : REPARTITION SELON L'AGE DES DÉCÈS SURVENUS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE UN (1) AN
 Source : statistiques hospitalières cercle de Kolokani. 1978

DATE DES DÉCÈS	Nombre	%
avant le 8 ^e jour	64	29,7
entre le 8 ^e et le 28 ^e jour	3	1,6
entre le 28 ^e jour et 12 mois	148	68,7
total	215	100

Graphique N° 2 :



Graphique N° 3 : REPARTITION DE LA MORTALITE INFANTILE SELON LA CAUSE.

Source : statistiques hospitalières centre de kolakani 1978

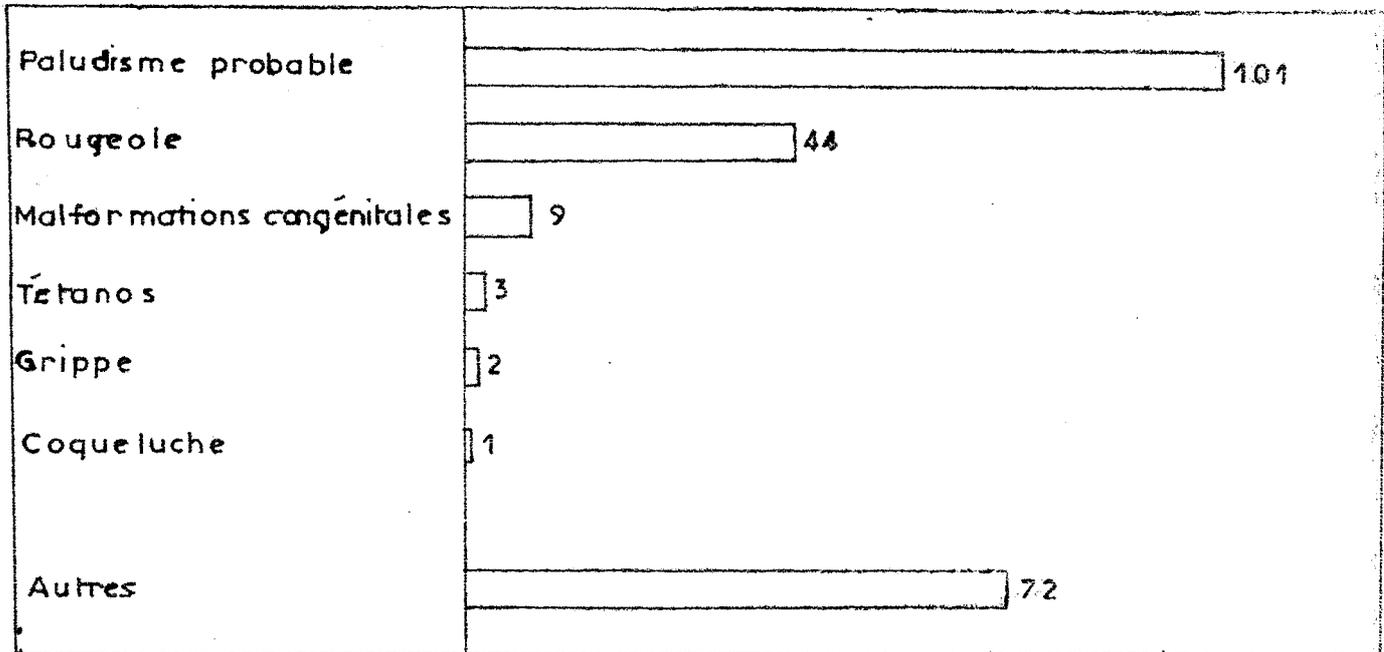
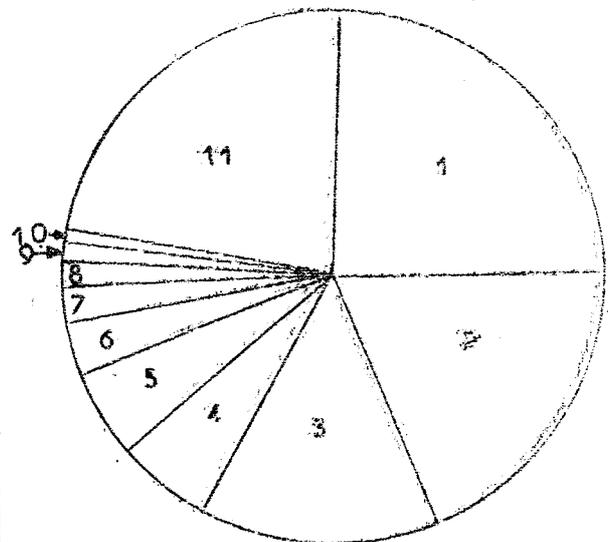


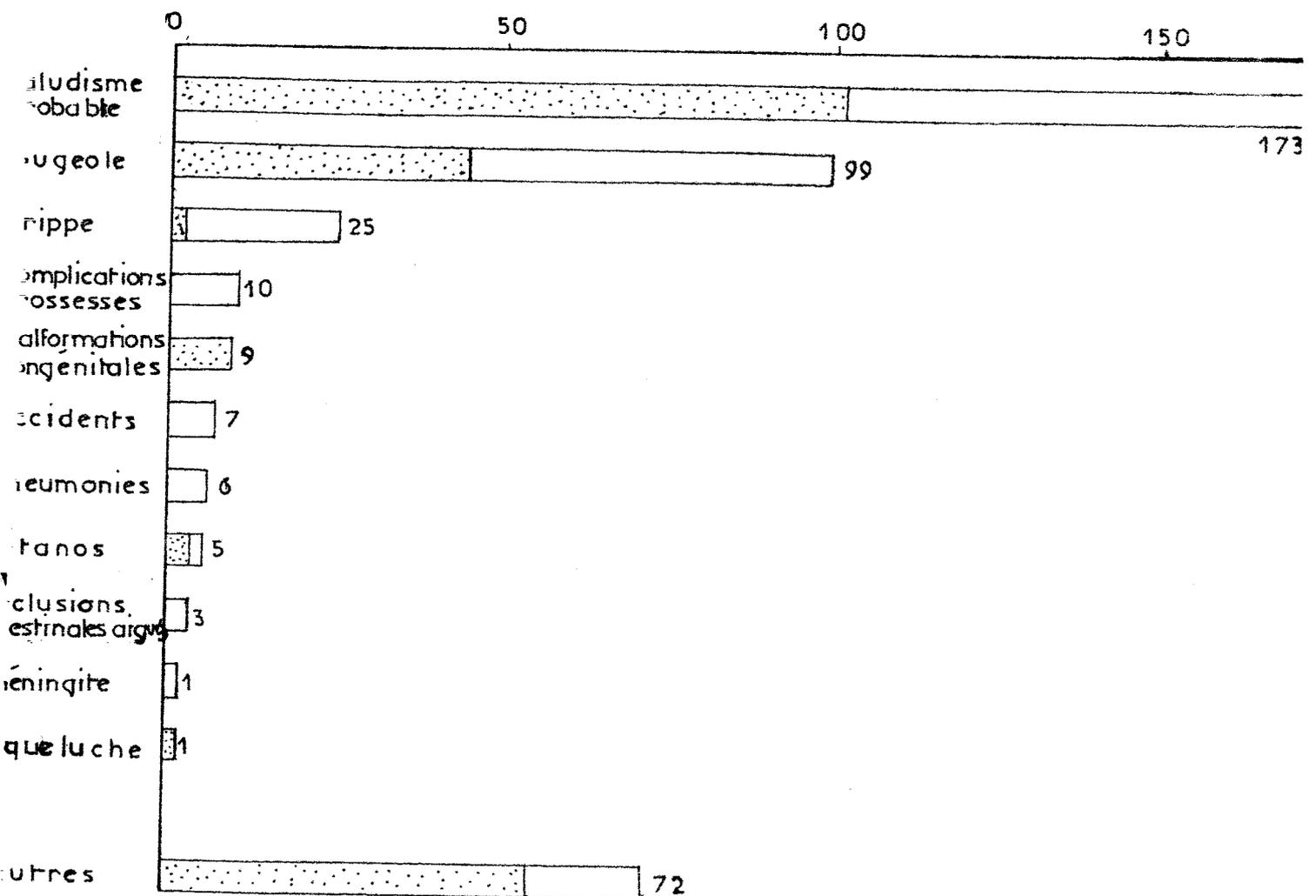
Tableau N° 6 : MORTALITE DE UN(1) A QUATRE (4) ANS.

Source : statistiques hospitalières, direct. gén. santé 1974

C A U S E S	%
1.Rougeole	24,1
2.Paludisme	19
3.Entérites	14,5
4Etat de carence	5,7
5.Pneumonie	5,4
6.Bronchites	2,8
7.Anémie	2,3
8.Coqueluche	1,6
9.Accidents	1
10.Tétanos	0,6
11.Autres	22,8



Graphique N° 4 : MORTALITE INFANTILE PAR RAPPORT A LA MORTALITE GENERALE
 GENERALE
 Source : statistiques hospitalières cercle Kolokani 1978



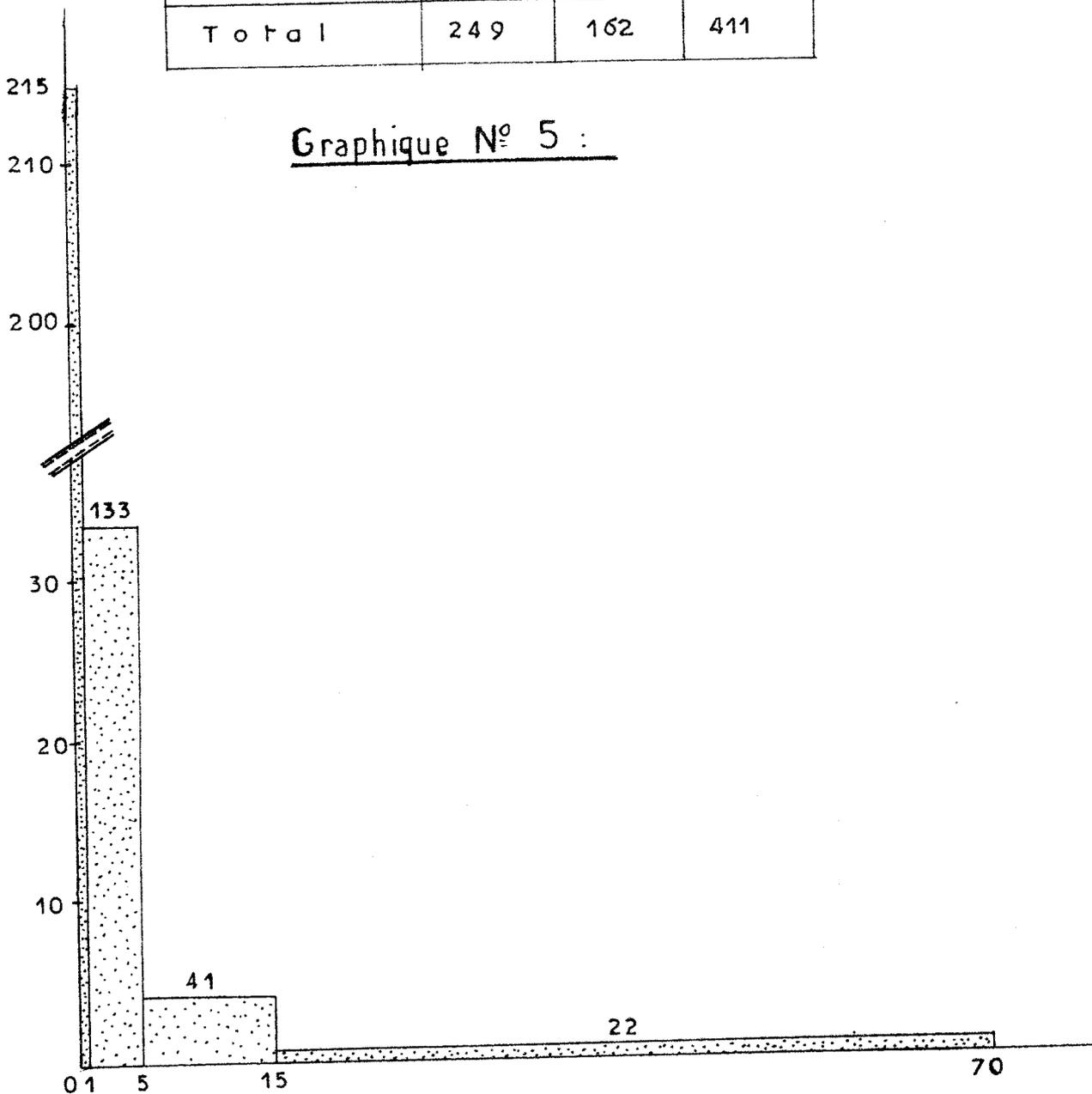
■ MORTALITE INFANTILE

□ MORTALITE APRES UN AN

Tableau N° 7 : RÉPARTITION SELON L'ÂGE DES DÉCÈS ENREGISTRÉS
Source : statistiques hospitalières Kolokani 1978

	M	F	T
Moins de 1 an	112	103	215
de 1 à 4 ans	96	37	133
de 5 à 14 ans	25	16	41
15 ans et plus	16	6	22
Total	249	162	411

Graphique N° 5 :



ANALYSE DES DONNEES

Ces données montrent les maladies infectieuses de l'enfant comme un véritable problème de santé publique avec 50,2 ‰ des décès.

Parmi les principales causes de décès :

- La Rougeole : touche surtout le groupe d'âge de 1 à 4 ans.
- Le Paludisme : occupe également une place de choix avec 19 ‰ des décès.

Rappelons que ces deux maladies ont un caractère endémique.

- Mortalité périnatale : 7 ‰.

- Les diarrhées graves : 3,7 ‰ des décès des nourrissons-
- Infections broncho-pulmonaires : 9 ‰
- La malnutrition : 5,7 ‰ parmi le groupe d'âge de 1 à 4 ans

La malnutrition, assez sévère du fait d'un sevrage brutal, des interdits alimentaires, du manque d'éducation des mères, est davantage aggravée par les maladies infectieuses.

- Le Tétanos ombilical : est encore fréquent malgré la formation des matrones rurales et le recyclage des Accoucheuses traditionnelles qui ne parviennent encore à toucher qu'une minorité de la population.

- La mortalité maternelle : le taux reste encore inconnu-

Il est certain que ce taux est élevé si l'on tient compte des maladies infectieuses survenant pendant la grossesse et dans la période du post-partum chez des femmes dénutries et fatiguées par des grossesses rapprochées et les travaux pénibles.

- Les complications de grossesses représentent une cause importante de décès chez la mère (5,1 ‰ des décès).

1.3.3.2 - La morbidité :

Tableau N° 8 : MORBIDITE HOSPITALIERE DE UN(1) A QUATRE ANS.
Source: statistiques - direction génér. santé 1974

C A U S E S	%
1.Rougeole	18,4
2.Entérites	15,8
3.Paludisme	8,6
4.Pneumopathies	8
5.Infections des voies aériennes supérieures	6,2
6.Maladies de l'appareil digestif	3,5
7.Etats de carence	3,4
8.Kwashionkor	2,8
9.Autres	33,3

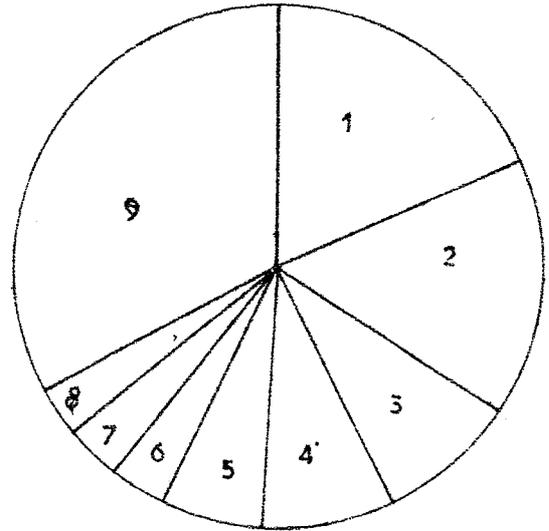


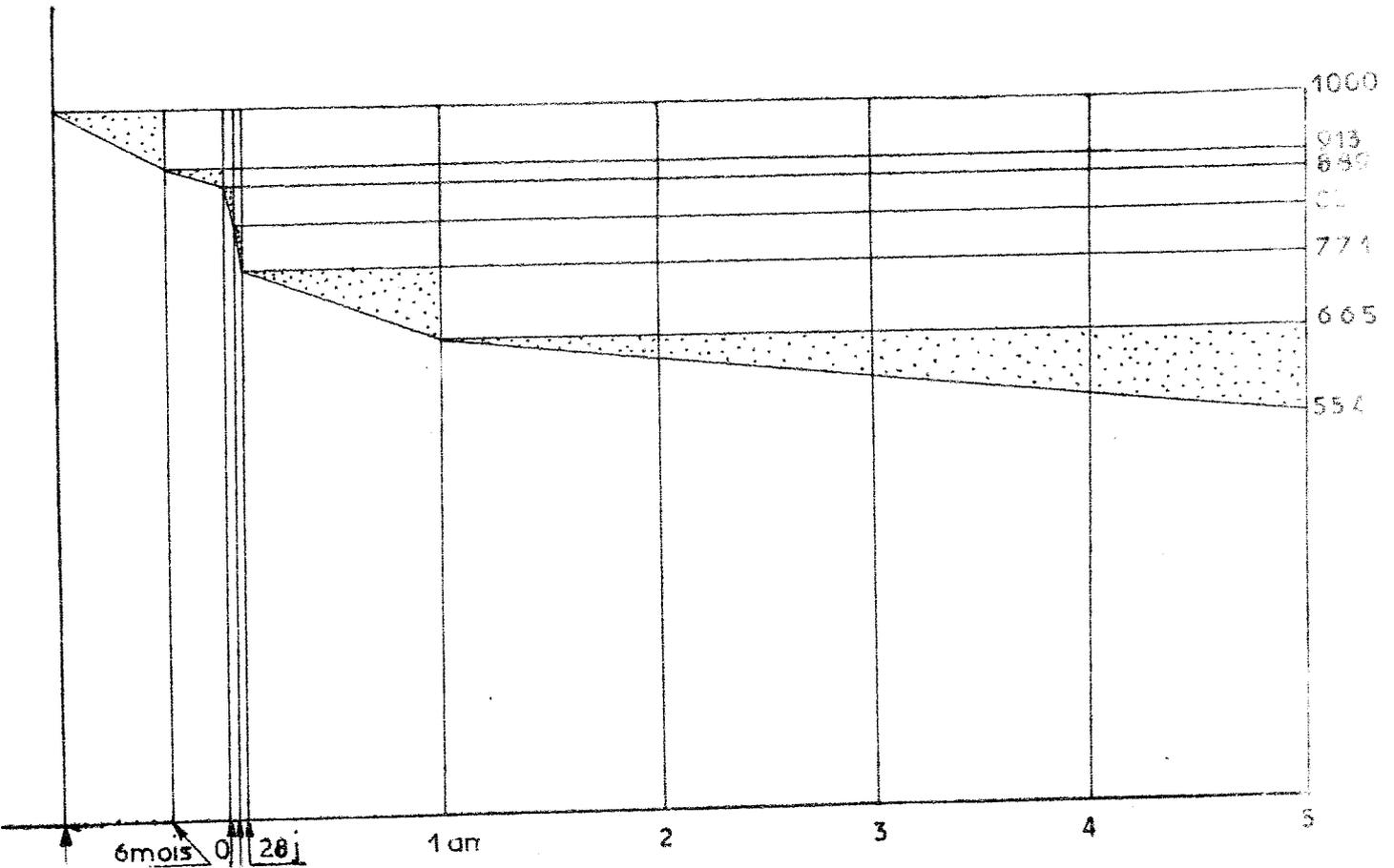
Tableau N° 9 : MORBIDITE DANS LES ASSISTANCES MEDICALES (AM): CENTRES DE SANTE DE CERCLE, CENTRE DE SANTE D'ARRONDISSEMENT ET DISPENSAIRES DE SECTEUR
Source: statistiques - direction génér. santé 1974

DE 0 � 14 ANS		A D U L T E S		MORBIDITE GÉNERALE	
1.Paludisme	17%	Paludisme	13,5%	Paludisme	15,6%
2.Bronchites et Pneumopathies	10,5%	Autres	47%	Autres	13,6%
3.Entérites	8,6%	Accidents	8,1%	Bronchite	9,2%
4.Conjonctivites	8,4%	Bronchites et Pneumopathies	7,4%	Conjonctivites	7,3%
5.Affections aiguës des voies aériennes super.	5,1%	Conjonctivites	5,7%	Accidents	7,2%
6.Maladies de l'appareil digestif	4,5%	Maladies de l'appareil digestif	4,9%	Entérites	7,1%
7.Affections dermatologiques	4%	Entérites-Diarrhées	4,9%	Maladies de l'appareil digestif	4,7%
8.Otites	3,1%	Maladies des dents	4,6%	Affections des voies aériennes supérieures	4,6%
9.Autres	38,8%	Affections dermatologiques	3,9%	Affections dermatologiques	4,3%

Tableau N° 10 : DEVENIR DE 1000 GROSSESSES DANS LE CERCLE DE KOLOKANI
 Source : Enquêtes Ecole Nationale de Medecine Kolokani 1978

PERIODE	NATURE DES PERIODES	IMPORTANCE des pertes pour 1000	NOMBRE RESTANT sur 1000 grossesses
avant le 6 ^e mois	avortement	87	913
du 6 ^e mois à la naissance	mortinatalité	24	889
de la naissance au 7 ^e jour	mortalité néo-natale précoce	54	835
du 8 ^e au 28 ^e jour	mortalité néo-natale tardive	64	771
du 29 ^e jour à 1 an	mortalité post-néo-natale	224	665
de 1 an à 4 ans	mortalité de 1 à 4 ans	335	554

GRAPHIQUE N° 6 :



1.3.4.3 - Malnutrition

Tidiani DRAME (n°10) nous apprend qu'en milieu hospitalier, les Kwashiorkors sont secondaires avant tout à la rougeole (41%) et au sevrage (38 %).

Mamadou SIDIBE (43) précise que le taux de malnutrition vrai au cours d'une enquête a été de 4,9 % et que 62 % des sevrages ayant entraîné une malnutrition étaient dus à la survenue d'une grossesse.

Le travail de Manifa COULIBALY (n°6) en zone rurale a évalué en 1977 le taux d'enfants en danger de malnutrition à 46 % et celui d'enfants malnutris à 3,5 %.

1.3.4.4 - Accouchements

- Mlle Hadizatou TRAORE (n°45) dans son étude sur 343 évacuations sanitaires vers l'hôpital du Point G. pour problème obstétrical donne les chiffres suivants :

Opérations effectuées sur les 343 évacuées :

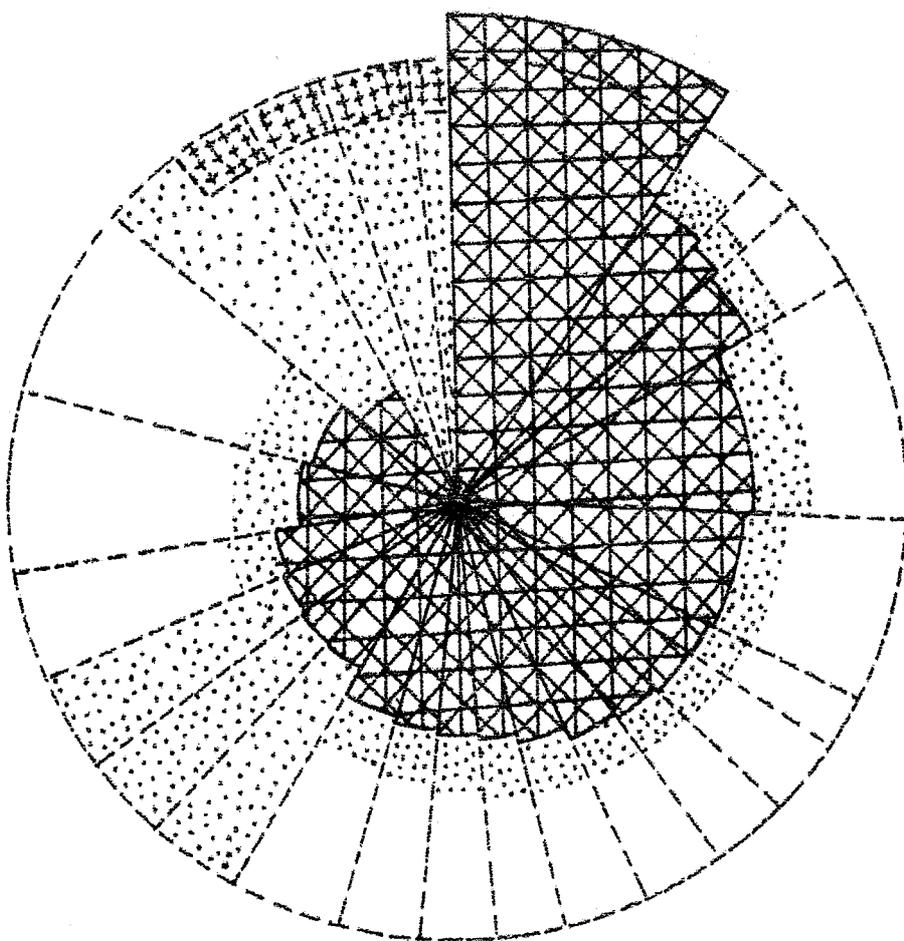
- 274 césariennes;
- 49 applications de forceps;
- 5 embryotomies;
- 1 version par manoeuvre interne;
- 12 accouchements par voie basse.

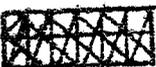
Bilan :

- 102 mort-nés
- 76 souffrances foetales
- 22 décès maternels
- 16 enfants décédés
- 33 ruptures utérines.

- Une enquête faite dans le Cercle de Kolokani, concernant la fréquentation des maternités par rapport au nombre d'accouchements a donné les résultats suivants (diagramme n°1).

Diagramme N° 1 : FREQUENTATION DES MATERNITES PAR RAPPORT
AU NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS -
Source: Enquêtes Ecole Nationale de Médecine
Kotokani 1978



 accouchements ayant eu lieu en maternité

 accouchements ayant eu lieu à domicile

I.3.4.5 - Les diarrhées infantiles

- Mağa ZAKARIA (N°19) a examiné 52 cas de diarrhées infantiles à Bamako parmi lesquelles :

- 46 cas (88 %) sont dues à une cause entérale; 6 cas (12 %) à une cause parentérale.

I.3.4.6 - Espacement de naissances

- Mlle Mariam MAIGA (N°24) montre que la plupart des femmes de brousse sont favorables à l'idée de contraception, lorsqu'on lie ce problème à celui du "sèrè bana" (Sèrè bana signifie en bamabara maladie due aux grossesses rapprochées.

Son étude des relations existantes entre le retour de couche et l'acceptation de la contraception précise que :

- 53 % des femmes ont leur retour de couche avant 18 mois, et parmi elles, 56 % désirent une contraception;

- 49 % des femmes ont leur retour de couche après 18 mois- Parmi elles 42 % désirent une méthode contraceptive.

L'interrogatoire des hommes sur l'acceptabilité de la planification familial par le biais du "sèrè" précise que :

- 83 % des hommes interrogés mettent en cause une nouvelle grossesse chez la mère allaitante;

- 64 % des hommes évoquent la nécessité par la femme de ne pas tomber enceinte pour éviter que l'enfant attrape le "sèrè-bana".

Sur l'ensemble des hommes interrogés :

-90 % aimeraient connaître une méthode de contraception autre que la continence à la suite de l'accouchement,

-10 % ne veulent pas de méthode de contraception.

Pour l'espacement souhaité par les hommes, 55 % souhaitent deux ans entre les grossesses et 45 % préfèrent trois ans entre les grossesses.

I.3.

1.3.4.7 - Stérilité:

Monsieur Bady KEITA (n°14) dans son travail sur 248 dossiers a donné les chiffres suivants :

- Stérilités féminines : 55 dont 89 cas de stérilités primaires
159 cas de " " secondaires.

- Stérilités masculines : 45

Monsieur Mamadou Oumar TRAORE dans son travail a élaboré la liste des affections désignées comme étant prioritaires chez les femmes de 35 villages de Kolokani N° 46.

	En bambara	En français	Nombre
S E M M E F	1 - G angué	Dysménorrhées mais en réalité stérilité (+)	112
	2 - Tonzonyimi	Maladies des femmes qui perdent tous leurs enfants	96
	3 - Kaliya	Sensation de grosseur interne	49
	4 - Damajalan	Blenorragie	39
	5 - Konodimi	Douleurs abdominales	30
	6 - Koliyakôta	Prolapsus utérin	24
	7 - Sindimi	Affections des glandes mammaires	21
	8 - Dadimi	Affections buccales	13
	9 - Wolonougou bana	Affections génitales	11
	10 - Dissidimi	Affections pulmonaires	1
S A N T F E	1 - Kononyama	Accès pernicieux	146
	2 - Nyoni	Rougeole	128
	3 - Kétékéténi	Coqueluche	49
	4 - Togotogoni	Dysenterie	34
	5 - Camancédimi) Kogodimi Dissidimi	Affections pulmonaires	25
	6 - Konodimi	Douleurs abdominales	13
	7 - Jina	Epilepsies, encéphalites	8
	8 - Dadimi	Affections buccales	7
	9 - Nyédimi	Affections oculaires	7

(+) Les femmes de Bélédougou ne considèrent pas la stérilité comme une maladie: la responsabilité de cet état se trouve dans des règles douloureuses, qui doivent être soignées et qui sont donc dénoncées -

Une femme qui a de simples règles douloureuses, quant à elle ne s'en plaindra pas, si elle a par ailleurs autant de grossesses qu'elle le désire.

1.4 - ENQUETE PERSONNELLE SUR LE TERRAIN

1.4.1 - OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Trois objectifs ont principalement guidé l'enquête:

- Obtenir à travers l'anamnèse des femmes une description de leur milieu culturel et de leurs conditions de vie -
- Apprécier directement les conditions socio-économiques et les besoins sanitaires de la population -
- Essayer de mettre en évidence certains facteurs de risque relatifs à la mère et à l'enfant. La culture, le type de société et les conditions de vie retentissant à tel point sur l'état de santé de la population, qu'ils doivent être la première étape de toute étude épidémiologique complète.

1.4.2 - MODALITES

1.4.2.1 - Date de l'enquête

Nous n'avons pu nous rendre sur le terrain que lorsque nos activités scolaires nous en ont laissé la possibilité. C'est ainsi que nous avons pu diviser notre présence dans les villages en deux périodes :

- la période du 17 au 30 Avril 1979 qui correspondait aux vacances de pâques et qui pour les paysans coïncidait avec un moment de calme relatif donc de plus grande disponibilité.

- la période du 4 au 27 Mai 1979 qui se situait après la fin des cours et qui, pour les paysans était située au moment des premiers travaux champêtres (Préparation des champs).

1.4.2.2 - Moyens

Nous ne disposions d'aucun matériel spécifique. Nous avons voyagé grâce aux possibilités locales (Taxi de brousse).

Notre hébergement et notre nourriture ont été assurés par les villageois qui nous recevaient.

Nous ne disposions ni d'appareil photographique, ni de magnétophone, mais d'un questionnaire mis au point par un ethnologue, un sociologue, un médecin, (dont le modèle figure en annexe n°4) et d'un carnet de route.

.../...

1.4.2.3 - Méthodes de Travail

- Les premiers contacts avec le village: ils constituaient les moments déterminants puisque de la première impression donnée aux villageois et principalement à leurs notables dépendait la qualité de l'accueil et des entretiens avec la population -
- Notre première visite était pour le chef de village, conformément aux usages, afin de lui expliquer les raisons de notre venue parmi les siens et l'aide qu'il pouvait nous apporter.

Dans tous les villages, l'accueil fut excellent et nous permit de travailler dans des conditions optimales.

- Les rencontres avec les femmes: Elles se faisaient à tout moment de la journée; Nous nous rendions successivement dans chaque maison pour y discuter à l'abri des oreilles indiscrettes des thèmes de notre travail -

Le soir, après le dernier repas, nombre de femmes venaient nous rejoindre dans notre case et un débat nous amenait alors tard dans la nuit.

Ces rencontres du soir ont constitué un complément certain qui nous a permis d'une part de mieux approfondir la confiance des femmes, d'autre part d'obtenir des explications complémentaires sur ce que nous avons appris au cours de la journée.

- Les discussions se sont toutes faites en langue bambara qui est notre langue d'origine et qui était couramment parlé par l'ensemble des femmes interrogées.

1.4.2.4 - Description sommaire des villages étudiés

Nous nous sommes rendus dans 3 villages de la région de Ségou dont les positions géographiques figurent sur la carte

1er village : Village de TAMANI

- Situation géographique (voir carte)

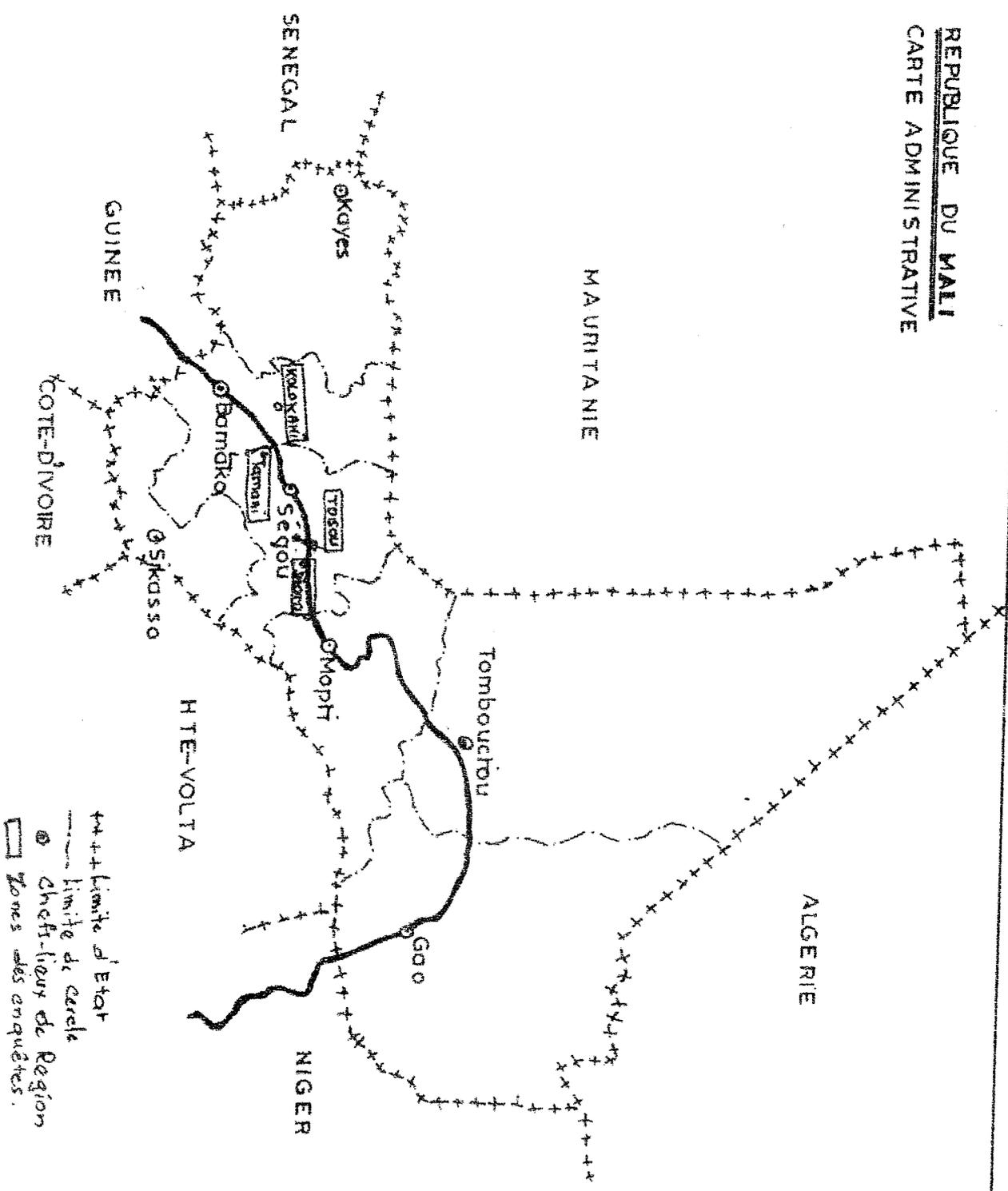
Appartenant au Cercle de BAROUELI, Tamani est situé à 120 km du Chef lieu de région, Ségou (à 220 km de la capitale).

- Population : s'élève à 2646 habitants dont 1268 hommes et 1378 femmes.

Elle est essentiellement composée de Bozo et Somono (2/3) et de Bambara (1/3) auprès desquels vivent quelques peulhs.

....//....

REPUBLIQUE DU MALI
CARTE ADMINISTRATIVE



--- limite d'Etat
- - - limite de cercle
● Chef-lieu de Région
▭ Zones des conquêtes.

- Les principales activités reposent sur :

- la pêche
- la culture
- l'élevage.

- L'infrastructure socio-sanitaire :

Ce chef lieu d'arrondissement est encadré par l'Opération Riz qui a implanté un centre de développement communautaire dont le personnel comprend :

- Un technicien de développement communautaire,
- Une assistante sociale,
- Un animateur
- Une animatrice.

C'est ce personnel qui, en absence de maternité rurale mène en dehors des tâches d'animations, des activités préventives chez la mère et l'enfant :

- consultation prénatale,
- Visite des enfants,
- Démonstration de régime,
- Chloroquinisation.

Le personnel se déplace au moins une fois par mois dans les villages encadrés pour y mener les activités ci-dessus.

Le centre dispose d'un jardin potager et d'un poulailler.

- L'infrastructure sanitaire repose sur :

- un dispensaire rural assurant des soins curatifs de routine, deux infirmiers et un manoeuvre -

- Le village possède une école à 6 classes -

2ème Village : Village de DIORO (Chef lieu d'arrondissement)

- Situation géographique (voir carte administrative du Mali). Il est situé à 60 km de la Ville de Ségou sur l'axe Ségou Markala -

- Population: s'élève à 10 212 habitants dont 5 025 hommes et 5 187 femmes -

Cette population est composée principalement de Bambara, Somono, Peulhs, Malinké et Bozo etc...

- Les activités :

Sont dominées par la culture de riz (zones irriguées et encadrées par l'Opération Riz); la pêche (sous la couverture de l'Opération Pêche), et l'élevage -

- L'infrastructure socio-sanitaire

Est représentée par un Centre de Santé qui comprend un dispensaire des consultations externes et une maternité rurale.

- Le Personnel se compose : d'un infirmier d'Etat, un infirmier des grandes endemies, une matrone, un manoeuvre -

- Un centre de développement communautaire relevant de l'Opération Riz et qui assure en dehors des activités d'animation, certaines activités de Santé familiale :

- consultations prénatales;
- Pesée de nourrissons,
- Education nutritionnelle et démonstration de régime
- Ravitaillement des villages en chloroquine-

- Le Personnel du centre comprend :

- Un technicien de développement communautaire,
- Une aide sociale,
- Une infirmière du Premier cycle,
- Une aide-soignante ,
- Un manoeuvre.

3ème Village : Village de TOGOU

- Situation géographique (Voir carte administrative du Mali).

Il est situé sur l'axe de communication Ségou-Markala, à 45 km du chef lieu de région et à 20 km de Markala où se trouve l'hospital secondaire-

- Population : est de 2 691 habitants dont 1 340 hommes et 1 351 femmes - Elle est essentiellement constituée de " Saracolés ".

- Activités :

- culture (riz, mil)
- artisanat.

.../...

- L'infrastructure socio-sanitaire :

Elle est inexistante, la seule maternité rurale étant encore en construction. Les accouchements sont menés par des accoucheuses traditionnelles.

La chloroquinisation est assurée par les animatrices de l'union locale des femmes pendant l'hivernage (3 mois), et le ravitaillement en médicaments par le technicien de développement communautaire chargé d'encadrer le village.

- Il n'y a aucune école dans le village.

1.4.2.5 - Les femmes interrogées :

Les femmes interrogées ont été au nombre de 214 dont :

- 143 à Togou
- 49 à Tamani
- 22 à Dioro.

Parmi elles, 23 avaient de 15 à 19 ans,

150 -"- de 20 à 34 ans,

41 -"- de 35 ans et plus.

- 2 étaient célibataires avaient des enfants.

- Les 212 autres étaient mariées et mères de famille à l'exception de 3 cas de stérilité.

- 4 seulement étaient d'anciennes élèves sans avoir dépassé 7 ans de scolarité.

I.4.3. LES RESULTATS

I.4.3.1. LE REGIME MATRIMONIAL

La polygamie qui touche plus de 50 % des femmes interrogées, est un signe de richesse pour l'homme.

La majorité des épouses acceptent quant elles cette condition: elles sont libres disent-elles pendant 3 à 4 jours et peuvent ainsi s'occuper d'autres activités qui pourront notamment leur rapporter un peu d'argent.

Ce régime polygamique pose des problèmes réels de santé publique. Bien que le milieu villageois recommande le mariage à plusieurs femmes, de multiples conflits psycho-sociologiques surviennent très souvent entre les coépouses. Nous avons le souvenir d'une famille dont l'homme avait 3 femmes et après plusieurs années de mariage, aucune d'entre elles n'avait eu d'enfant. Le mari, ne pouvant pas concevoir sa stérilité, attribuait ces faits à un sort d'origine divine tout comme ses femmes par ailleurs. Or un jour, sa 2ème femme tombe enceinte et accouche d'une fille. Frustrée dans sa féminité,

.../...

la 3ème femme qui était plus jeune se rend en consultation et demande à être traitée pour avoir elle aussi un enfant .

Comment lui expliquer qu'elle se porte bien, qu'à c'est son mari qui est le véritable responsable, et que l'enfant de sa coépouse n'est certainement pas de lui. Cela s'avère indiscutablement impossible.

Cet exemple est hélas très fréquent dans nos milieux -

I.4.3.2 - AGE DE LA 1ère MENSTRUATION

Notre enquête nous a donné les chiffres suivants :

	10 à 12 ans	13 à 15 ans	Plus de 15 ans	TOTAL
NOMBRE	52	113	49	214
POURCENTAGE	24	53	23	100

L'apparition des premières règles étant un critère de maturité, les jeunes filles sont généralement données à leur mari quelques mois seulement après cet événement -

Il apparait donc, qu'à partir de 13 à 15 ans, la moitié des jeunes filles sont déjà des épouses.

I.4.3.3 - AGE AU MOMENT DU 1er ACCOUCHEMENT

	Moins de 15 ans	15-20 ans	21-26 ans	27-32 ans	33-ans et plus	TOTAL
NOMBRE	10	172	21	9	0	212
POURCENTAGE	4,7	81	10,3	4	0	100

.../...

L'âge avancé et le jeune âge au moment de la première grossesse, puis du premier accouchement constituent un facteur important prédisposant la mère et l'enfant aux risques de dystocies, de déchirures périnéales, d'hémorragie, d'accouchements de mort-né etc...). Cet âge très précoce devrait inciter le personnel sanitaire à avoir une attention toute particulière pour les jeunes mamans, notamment au cours de visites prénatales.

I.4.3.4 - ACTIVITES GENERALES DES FEMMES

Les mères que nous avons rencontrées, et avec lesquelles nous avons discuté, sont loin d'être privilégiées par rapport à leurs soeurs des grandes villes : Du lever au coucher du soleil, les activités de la femme se succèdent sans interruption :

- Préparation des repas,
- Filage du coton,
- Alimentation des enfants,
- Corvée de bois,
- Puisage de l'eau,
- Lessive,
- Pilage du mil,
- Préparation du beurre de karité.

Certaines activités sont propres à certaines saisons :

- Le ramassage du Karité se fait en Juin-Juillet,
- Les travaux champêtres pendant et après l'hivernage,
- Le jardinage en saison sèche.

D'autres sont spécifiques de certaines catégories de personnes :

- Les forgerons fabriquent des poteries,
- Les "Bozos" participent à certaines pêches etc...

D'autres enfin s'adonnent de façon permanente ou de temps à autres à un petit commerce.

I.4.3.5. HYGIENE DE VIE

Le rôle de l'homme se limitant à la fourniture de grain, c'est à la femme de faire face aux mille et une dépenses (condiments) pour lesquels elle doit trouver ses propres fonds.

.../...

- l'eau de consommation:

Elle provient des puits communs à tout le village et plus rarement du fleuve. La protection de ces derniers est loin d'être conforme aux règles habituelles : absence de margelle, de couvercle, de périmètre de protection, aspect particulièrement insalubre des abords.

Dans les 3 villages étudiés, les maisons d'habitation sont en banco avec un toit en terrasse et un sol en terre battue. Le nombre de pièces pour un ménage est généralement de 2. L'une étant destinée aux jeunes enfants et l'autre aux parents.

Chaque concession est dotée d'une cuisinerie indépendante que les femmes utilisent surtout pendant l'hivernage.

- évacuation des déchets et ordures

Chaque concession dispose d'une latrine (fosse profonde avec un trou limité pour un canari). Les latrines constituent un net progrès sur le plan sanitaire.

- Les ordures ménagères déposées quelques fois en tas ou abandonnées n'importe où dans la cour, complètent le tableau d'insalubrité et de manque d'hygiène des villages.

La plupart du temps, les dépôts servent de lieu de récréation et de défécation pour les enfants.

- besoins personnels de la femme:

Ils se limitent à l'achat de vêtements qui lui incombent directement. Le mari n'est qu'à lui tenu d'habiller sa famille qu'une fois par an ou lors de la Tabaski.

I.4.3.6 - L'ALIMENTATION

Les céréales constituent l'alimentation de base.

Les principaux repas sont au nombre de 3 :

- le matin, le petit déjeuner est constitué de bouillie de mil ou le plus souvent des restes du repas de la veille au soir;

- A midi, le repas est constitué du "Tô" préparé à partir de farine de mil ou de maïs.

.../...

Cette pâte est accompagnée d'une sauce gluante à base de gombo ou de feuilles de baobab écrasées.

Quelques fois, le "Tô" est remplacé par du riz qui est accompagné d'une sauce à base de pâte d'arachide, de feuilles vertes, ou d'épices.

- Le soir, on mange une préparation de mil cuit à la vapeur (cous-cous) ou encore du "Tô".

Ce sont ces mêmes repas qui sont consommés par l'enfant à partir du sevrage. Il s'agit en effet d'un acte brutal de suppression du lait maternel.

- Les interdits alimentaires frappent surtout les femmes enceintes et l'enfant, aggravant ainsi un état nutritionnel déjà déficient.

La femme enceinte et le nourrisson ne doivent pas manger d'oeuf de peur que l'enfant ne devienne muet.

Un type de poisson "Congonni" (poisson surtout fréquent dans les marigots) ne doit pas être mangé par la femme enceinte pour éviter que la salive de l'enfant ne coule régulièrement.

L'enfant atteint de rougeole ne doit pas manger de viande : on recouvre par ailleurs son corps de miel et la mère doit le plonger dans l'eau du fleuve chaque matin.

I.4.3.7 LA SEXUALITE

1.4.3.7.1 - Education sexuelle

Dans tous les villages, la sexualité est un sujet tabou. On peut cependant remarquer que le respect traditionnel de la virginité avant le mariage tend à devenir de plus en plus rare.

On peut par ailleurs déplorer l'utilisation de plus en plus fréquente de produits aphrodisiaques par les femmes: ces derniers sont introduits le plus souvent dans le vagin. Leur acidité entraîne des irritations vaginales et des infections génitales souvent gravissimes, certaines infusions comme le "Gongondili" sont également utilisées dans le même but.

1.4.3.7.2 - L'excision revêt une importance capitale dans la vie génitale de la fille, car elle est le seul et unique chemin du mariage.

Pratiquée actuellement chez la jeune fille avant un an, elle sert nous a-t-on dit à :

- Renforcer la féminité, car toute fille non excisée est considérée comme un garçon -
- Faciliter les rapports sexuels -
- Alléger l'accouchement -

La religion quant à elle voudrait que la femme non excisée soit impropre à la prière -

Malheureusement dans les villages, un grand nombre de petites filles succombent aux conséquences désastreuses de cet acte (hémorragie, infection, tétanos).

A Togon, une seule famille est reconnue exempte d'excision, car toutes les filles y mourraient d'hémorragie grave.

Ces faits sont attribués à une force surnaturelle résidant dans le clitoris de ces filles (Wanzo) . Néanmoins, elles sont reprimandées par les coépouses, les voisines et même leur mari car elles sont considérées comme des garçons.

Il est indiscutable que l'excision se complique parfois de retrecissements vulvaires responsables de dyspareunies ou de problèmes à l'accouchement.

1.4.3.73 Les tabous

- Durant le dernier mois de la grossesse, la majorité des femmes cessent les rapports sexuels car " un dépôt de substance glaireuse recouvrirait alors la tête de l'enfant et entraînerait des maladies chez le nouveau-né"
- Les rapports sexuels après la ménopause provoqueraient également des maladies chez la femme.

1.4.3.8. LA REPRODUCTION

- Pendant la grossesse, les conseils sont donnés par les vieilles femmes.
- Ne pas manger trop de sel à la fin de la grossesse -
- Ne pas sortir au crépuscule pour éviter les mauvais esprits
- Ne pas se coucher sur le dos ou changer de côté
- Eviter la consommation de certains aliments.

.../...

- Les oeufs; car ils rendent le travail difficile et long-
" L'oeuf représente le produit de la conception
d'un animal. Donc si tu détruis le produit
de conception de cet animal, en le mangeant,
les sorciers vont aussi emporter ton enfant"
- Le Foie : l'enfant aura des lèvres rouges -
- Le Serpent : L'enfant mettra beaucoup de temps avant de
marcher -
- Le Rat : L'enfant sera voleur -

Le femme enceinte ne doit pas parler avec les vieillards car ceux-ci symbolisent la stérilité-

Elle ne doit pas se disputer avec son mari, sinon l'accouchement sera difficile-

Une femme en état de grossesse ne doit rien prévoir pour son enfant avant l'accouchement de peur d'attirer sur lui l'attention des mauvais esprits qui pourront reprendre l'enfant avant la date de l'accouchement-

- Les accouchements:

A part quelques cas de dystocie, tous les accouchements sont assurés par des Accoucheuses traditionnelles du Village ou rarement par la belle-mère ou une femme âgée de la maison-

Les cas de dystocie sont évacués 36 à 48 heures plus tard dans les charrettes à âne et sur des pistes défoncées, pour rejoindre l'hôpital secondaire situé à 20 km du village (pour Togô) et 120 km (pour Tamani).

Il existe certaines croyances ancestrales qui attribuent des dystocies à l'infidélité de la femme. Ainsi un grand nombre de femme perdent leur enfant ou mourant elles-mêmes parce qu'elles ont refusé de prononcer le nom de leur soit-disant amant -

- Le problème de la stérilité :

La femme n'a grandi que pour être épouse et mère. La stérilité est considérée comme la "négation de la femme". Il n'est pas pour elle de plus grande souffrance.

.../...

Si la femme stérile est encore gardée dans le foyer conjugal, elle doit s'attendre à être rapidement expulsée à la mort du mari. On dira que cette femme vit avec le démon ou bien qu'elle est une femme de moeurs légères car on croit que lorsqu'une femme contracte des rapports avec plusieurs hommes, elle n'aura pas d'enfant-

L'épouse stérile est difficilement pardonnée et bénéficie rarement du respect et du soutien des autres femmes. Si elle arrive à se faire aimer d'elles, on reconnaîtra alors la maladie dans son malheur.

- Espacement des naissances

La majorité des femmes perdant leur enfant avant le sevrage, une autre grossesse s'avère aussitôt nécessaire.

Les femmes qui voient leur retour de couche avant le sevrage sont exposées la plupart du temps au "sèrè"

Toute femme qui contracte une autre grossesse avant que l'enfant précédent n'ait atteint l'âge de 2 ans est nommée " Sèrè mouso". C'est ce groupe de femmes qui souhaite particulièrement disposer de méthodes contraceptives pour parer à la honte, car il lui est reproché de "n'avoir pas pu résister à l'homme avant le sevrage"

Toutes les femmes reconnaissent que les grossesses rapprochées fatiguent la mère et constituent un danger pour l'enfant.

La mère en plus des fatigues de la nouvelle grossesse est obligée de s'occuper d'un enfant encore petit et de tous les travaux ménagers. Quant à l'enfant, il est malade "car le lait et le corps chaud de la mère enceinte provoquent chez lui une diarrhée grave aboutissant le plus souvent à un retard psycho-moteur ou à la mort".

La plupart des acceptantes de planning souhaiteraient que les méthodes de contraception soient expliquées par un agent médico-social, mais une minorité préfère l'Accoucheuse traditionnelle du village (A.T.V.)

Aucune des femmes n'acceptera ces méthodes sans l'accord du mari. Nous voyons ici l'importance du rôle social qu'occupe l'homme. Toutes les décisions viennent de lui, la femme ne peut que se soumettre. Donc s'occuper uniquement de la mère et de l'enfant en oubliant l'homme, c'est déployer beaucoup d'effort en pure perte.

I.4.3.9 - SANTÉ DE L'ENFANT

Les maladies chez l'enfant

Les principales causes de décès se situent parmi des affections qui peuvent être prévenues par des méthodes très simples et qui ne nécessitent pas de thérapeutiques complexes pour être traitées .

Ce sont essentiellement :

- La Rougeole
- Le Paludisme
- La Malnutrition
- Les Maladies diarrhéiques
- Les Affections broncho-pulmonaires.

La malnutrition due au contexte socio-économique est aggravée par l'ignorance des mères et la présence d'interdits alimentaires.

L'idée traditionnelle de la maladie et de la mort d'un enfant est elle aussi responsable d'une acceptation dont les conséquences sont souvent très grave- On peut ainsi citer le cas du Tétanos ombilical dont l'enfant qui en est atteint est de "mauvaise race": dieu l'enlève à la vie le jour de son baptême ou au plus tard avant que la femme ne quitte la maison de repos des accouchées (avant 40 jours).

Cette maladie serait due au fait que la femme enceinte en se promenant dans la brousse a piétiné un insecte interdit des femmes enceinte "Jannoyi" (genre mille patte). La vengeance de l'insecte transforme l'enfant en "mauvaise race" (Sijuguden). L'accès pernicieux quant à lui survient plus tard (bien après que la femme ait quitté la maison de repos, il serait dû à un oiseau sorcier (dabi) qui jette son mauvais "sort" à l'enfant.

Il est à noter qu'actuellement les femmes commencent à comprendre la cause de l'accès pernicieux, grâce aux campagnes de chloroquinisation et l'action éducative qui les accompagnent.

Age pour introduire des repas variés dans l'alimentation de l'enfant

	avant 6 mois	de 6 mois à 1 an	après un an	TOTAL
NOMBRE	10	123	78	211
POURCENTAGE	5 %	58 %	37 %	100 %

.../..

Seulement 5% des mères commencent à varier les repas de l'enfant avant 6 mois -

Selon la coutume, l'enfant doit marcher tout seul et prendre de lui même le premier aliment qu'il portera à sa bouche.

De 1 à 2 ans, le repas de l'enfant en dehors du lait maternel se limite à quelques rares bouillies de mil et à quelques produits de cueillette. Après le sevrage qui est assez brutal, l'enfant, remis le plus souvent à la grand mère, n'aura plus droit qu'aux plats familiaux.

- Nombre idéal d'enfant

A la question de savoir quel est le nombre idéal d'enfants, la réponse de la majorité des femmes a été l'abstention -

Pour elles, la femme est faite pour concevoir. La mort prenant toujours sa part, elle désire mettre au monde autant d'enfants que lui en offrira Dieu.

- Age où les enfants commencent à travailler

Dès l'âge de 5 à 6 ans les enfants s'exercent dans les travaux des parents. Les jeunes garçons conduisent le troupeau et aident le père dans le champs.

La petite fille aide la mère à laver les ustensiles, écrase les condiments et porte sur son dos le plus petit des enfants pendant que la maman travaille.

Les enfants craignent davantage un père qu'une mère. Leur scolarisation n'est en outre souhaitée que par une minorité des parents.

I.4.4- CONCLUSION : LES PROBLEMES DE SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT -

Ils n'ont pas tout à fait le même aspect selon qu'ils sont vus par un médecin ou par les femmes elles-mêmes.

Toutes actions sanitaires devant tenir compte des deux, nous avons pensé utile de les exposer successivement.

I.4.4.I. PERCUS PAR LE MEDECIN, les problèmes de sante de la mère et de l'enfant peuvent être résumés comme suit :

.../...

1.4.4.1.1. Mortalité très élevée des enfants de moins de 5 ans
(350 ‰)

- Paludisme
- Rougeole
- Gastro-entérites
- Pneumopathies
- Malnutrition
- Tétanos
- Méningite.

Ces maladies sont à elles seules responsables de 80 ‰ des décès.

1.4.4.1.2 - Mortalité maternelle

Malgré l'absence de chiffre, nous pouvons affirmer son importance. Rares sont les villages qui n'ont pas connu le décès d'une femme à l'occasion de sa grossesse ou de son accouchement dans les quelques années passées. Il s'agit de :

- Dystocies par disproportion foeto-pelvienne ou par mauvaise position de foetus -
- Hémorragie par rétention placentaire ou atonie utérine-
- Eclampsie
- Infections puerpérales etc...

1.4.4.1.3 - Les Infirmités

- chez les mères, il s'agit de :

- fistules vesico-vaginales
- déchirures périnéales

- chez les enfants :

- Lésions neurologiques dues à la souffrance foetale, allant de l'épilepsie aux infirmités motrices cérébrales graves
- Séquelles motrices de la polio
- Troubles de la vue : Taie secondaire à une kérato-conjonctivite morbillieuse.
- Enfants hypotrophiques et souvent plus ou moins débiles après une malnutrition protéino-énergétique-
- Surdi-mutités après méningites

1.4.4.1.4. Les travaux féminins

La femme accumule toute une série de tâches :

- non seulement elle doit tenir sa maison (propreté, cuisine), mais en plus elle doit :

- élever les enfants
- approvisionner le ménage en eau et en bois
- trouver le "prix de la sauce" en allant ramasser du Karité" en cultivant un petit camp (arachide);
- En faisant du jardinage;
- En participant aux travaux champêtres (sarclage, récolte),
- En filant le coton et en teignant le tissu terminé;
- En préparant le beurre de Karité, le savon, le "Soumbala", en allant vendre au marché.

Le tout rythmé par le bruit du pilon contre le mortier, se reveillant avec les poules et en se couchant bien après. A ces tâches strictement matérielles, s'ajoutent celles de "fabriquer" les enfants et de les allaiter sans rien changer au rythme de travail (il n'est pas rare de voir une femme accoucher en plein champ).

1.4.4.1.5 - Impossibilité quasi-totale pour la femme de maîtriser sa vie génitale et sexuelle, celle-ci étant soumise aux exigences de la communauté :

- excision
- mariage
- grossesse échappant à la volonté de la femme.

IX.4.2 - PERCUS PAR LA FEMME

Le premier problème prioritaire pour la femme est la stérilité. C'est le plus grand drame qu'une femme puisse vivre,

Vient ensuite la perte des enfants: si elle est considérée comme une fatalité pour la société, elle n'en demeure pas moins une souffrance pour la mère.

Les femmes sont extrêmement sensibles à tout ce qui touche leur situation physiologique et celle de leurs enfants. Toute personne qui bénéficierait de leur confiance serait capable de tout réaliser avec elles, à condition :

- qu'une véritable communication s'installe entre eux
- que les hommes soient non seulement informés, mais encore manifestent réellement leur approbation.

Le 3ème problème est constitué par les états morbides tant chez la mère que chez l'enfant -

2. SITUATION ACTUELLE DU SERVICE DE SANTE FAMILIALE AU MALI

2.1. QU'EST-CE QUE LA SANTÉ FAMILIALE ?

2.1.1. - Définition

La santé familiale est un concept relativement nouveau qui élargit l'éventail d'intervention de ce que nous appelons communément la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.).

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), dans son cinquième rapport du Comité d'experts de l'hygiène, de la maternité et de l'Enfance définit la santé maternelle et infantile comme " l'ensemble des mesures socio-sanitaires destinées à :

- Sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, leur permettre d'accoucher normalement et de donner jour à des enfants sains, leur apprendre les soins à donner aux enfants, faire en sorte que dans la mesure du possible, chaque enfant vive et grandisse dans un foyer familial, qu'il se sente aimé et en sécurité dans un cadre sain, qu'il soit nourri convenablement, qu'on veille sur sa santé en lui assurant notamment les soins médicaux et qu'on lui inculque des notions indispensables d'hygiène (n° 31)

2.1.2 - Objectif du service

L'objectif du service de Santé Familiale est de :

* Promouvoir la santé de la famille en réduisant la mortalité et la morbidité maternelle et infantile - Ceci peut être obtenu :

- En améliorant les conditions d'accouchement,
 - En luttant contre les maladies transmissibles grâce aux vaccinations, à l'hygiène, à l'assainissement et à l'éducation -
 - En dispensant des soins médicaux nécessaires -
 - En améliorant la qualité de la descendance par la surveillance de la grossesse et par l'espacement de naissances-
 - En diminuant l'incidence de toutes les formes de malnutrition-
- + - Améliorer le "bien être social" des femmes et des enfants par un développement multisectoriel-

2.1.3 - Les méthodes

Les méthodes utilisées par le service de Santé Familiale se résument en 8 points essentiels :

2.1.3.1 - Les consultations prénatales

Destinée à surveiller la femme pendant la grossesse, dépister les cas à risque et à lui apprendre les notions indispensables qu'elle doit connaître-

2.1.3.2 - Accouchements protégés

Pour permettre à la femme d'accoucher dans les meilleures conditions et diminuer ainsi les risques materno-infantiles liés à l'accouchement.

2.1.3.3 - Visites des enfants

Elles ont pour objectif de suivre l'état de croissance des enfants et de déceler les affections éventuelles. Ces visites sont en particulier capitales pour un dépistage précoce de la malnutrition qui constitue actuellement un des problèmes de santé publique les plus aigus dans notre pays.

2.1.3.4 - Chimioprophylaxie anti-palustre

Elle constitue actuellement la mesure préventive la plus adaptée pour éviter les décès par paludisme, première cause de mortalité au Mali.

2.1.3.5 - La vaccination

Dans notre pays où le manque de personnel, de structure et de médicaments se font sentir, la vaccination est la seule porte de sortie qui permet d'éviter aux mères et aux enfants bon nombre de maladies infectieuses dont ils font les frais -

2.1.3.6 - Récupération nutritionnelle

Elle permet aux enfants engagés sur le chemin de la malnutrition de retrouver un état nutritionnel convenable -

2.1.3.7 - Espacement des naissances

Il vise à protéger les femmes contre les effets néfastes des grossesses rapprochées; et l'enfant contre un sevrage précoce, brutal qui serait occasionné par la survenue d'une nouvelle grossesse-

2.1.3.8 - L'Education pour la santé

Permet à elle seule d'éviter la majorité des affections, et cela par des simples mesures d'hygiène et nutritionnelles. Elle commence dès le premier stade, c'est-à-dire depuis les consultations pré-natales jusqu'à l'espacement des naissances en passant par tous les autres stades où la femme et l'enfant sont vus. Elle est menée à bien dans toutes les occasions et par tous les moyens.

2.2 -- LA POLITIQUE DE LA SANTE FAMILIALE AU MALI

2.2.1 - Historique

- Avant l'indépendance, la création des maternités urbaines dans les principaux chef-lieux de cercle de l'époque et la formation des sages-femmes africaines et infirmières visiteuses ont permis de réduire sensiblement la mortalité materno-infantile grâce à un accouchement assisté. Après l'indépendance, les maternités urbaines ont été renforcées par les centres d'hygiène maternelle et infantile (P.M.I)

En 1972, ces activités furent enrichies par la création d'un centre pilote de Planning Familial et en 1974 par les Antennes de Planning Familial dans toutes les P.M.I. et maternités de Bamako et dans certaines capitales régionales.

Par la suite ont été intégrées aux activités classiques de P.M.I. les activités d'éducation pour la santé et d'éducation nutritionnelle, c'est pour mieux assurer l'ensemble de ces activités en Santé Familiale et surtout pour mieux coordonner, que le département de la Santé Publique a créé au sein de la Direction Nationale de la Santé Publique la Division de la Santé Familiale en Mars 1975.

2.2.2 - Les choix actuels

Devant l'insuffisance et la mauvaise répartition des formations sanitaires et du personnel, le Mali a opté pour la construction de maternités rurales, la formation d'un personnel auxiliaire de Santé Familiale (les matrones rurales) et le recyclage des Accoucheuses Traditionnelles (A.T.).

Ce choix est certes d'un apport important pour la couverture sanitaire des zones rurales où de nombreux villages restent encore en dehors de toute possibilité de bénéficier des services sanitaires.

Mais le défaut d'entretien des locaux et l'insuffisance des formations du à l'absence d'une planification rigoureuse risquent de constituer un handicap sérieux pour la bonne marche de cette politique-

Le 2ème séminaire national de la Santé réuni en Octobre 1978 a effectué les recommandations suivantes :

- 1 - Mise en place d'une infrastructure de soins de santé primaire .
 - Pénétrant jusqu'au niveau des villages les plus reculés
 - Partant sur l'ensemble des actions de santé et en particulier les actions de santé familiale -
 - Reposant sur des techniques simples

2 - Engagement des populations à prendre en charge elles-mêmes leurs propres problèmes de santé -

3 - Intégration de cet ensemble au sein d'un appareil sanitaire unique.

2.2.3 - Organisation actuelle du service de Santé Familiale au Mali (Voir organigramme annexe 2).

2.2.3.1 - Au niveau central

La division de la Santé Familiale relève de la Direction Nationale de la Santé Publique et est placée sous la responsabilité d'un médecin-chef.

Il existe à Bamako 5 centres de santé familiale tous dirigés par des médecins, un centre pilote de Planning Familial et 4 maternités (dont 2 faisant partie des hopitaux nationaux et un relevant de la Santé militaire).

2.2.3.2 - Au niveau régional

Dans chaque région la Direction Régionale de la Santé supervise et coordonne les activités des services sanitaires dont fait partie le service de Santé Familial. Dans l'équipe qui la constitue se trouve une " sage-femme régionale " responsable du service de Santé Familiale qui assure la supervision et l'évaluation des activités.

Dans chaque chef-lieu de région existe une P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile) centrale et au moins une maternité-

2.2.3.3. Au niveau du Cercle

Une sage-femme dirige les activités sous le contrôle du médecin-chef de l'Assistance Médicale (l'A.M.)

2.2.3.4. Au niveau de l'arrondissement

Les activités de santé familiale s'effectuent sous le contrôle d'un infirmier chef du centre de santé d'arrondissement.

2.2.3.5. Au niveau du secteur de base

Dans chaque secteur de base où existe une maternité rurale, les consultations pré-natales, les accouchements en maternité, les visites des enfants et les consultations post-natales, la chloroquinisation, l'éducation sanitaire etc... sont organisés par les matrones rurales.

.../...

2.2.3.6. - Au niveau du village

Les Accoucheuses Traditionnelles du village assurement les accouchements à domicile et la nivaquinisation.

Elles enseignent aux jeunes femmes les recommandations qui leur ont été faites par la matrone rurale (Hygiène du milieu, nutrition etc...)

2.3 SITUATION DE LA SANTE FAMILIALE EN MILIEU RURAL

2.3.1 - Ressources (D'après le Ministère de la Santé-n°22)

2.3.1.1. - Ressources humaines

Le personnel exerçant dans le cadre des soins à apporter à la mère et à l'enfant dans les cercles, arrondissements et villages se répartit comme suit :

PERSONNEL	NOMBRE
Médecins	46
Sages-Femmes	52
Matrones rurales	171
Accoucheuses traditionnelles du village	75
Assistants et aides-sociales	25
Animatrices de village	-

Il existe de nombreux villages où les mères et les enfants payent encore un lourd tribut aux maladies. Aucun secours n'est alors possible en dehors des Accoucheuses traditionnelles du village longtemps sous-estimées de la profession médicale, mais ayant la confiance des populations. C'est pourquoi le Ministère de la Santé a demandé qu'elles soient réhabilitées et recyclées afin qu'elles puissent sortir de la clandestinité, assister convenablement les

nombreuses parturientes et leurs enfants, et referer les cas difficiles qui dépassent leur compétence.

2.3.1.2. L'Infrastructure

L'infrastructure sanitaire qui entre dans la protection materno-infantile en milieu rural se résume ainsi :

- Maternités administratives de Cercle	:	57
- Maternités Rurales	:	238
- Centres de P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile)	:	47
- Centres sociaux +	:	6
- Centres de Développement communautaire	:	5

Un grand effort a été réalisé depuis 1972 dans la construction de maternités rurales qui permettent de contrôler actuellement un accouchement sur quatre.

Cependant de nombreux problèmes d'accessibilité restent encore à résoudre. Ils sont dus notamment :

- Aux grandes distances surtout dans les zones sahéliennes;
- Aux rivalités entre les différents villages;
- A des croyances comme celle du "mauvais sort" qui sera jeté à l'enfant et à sa mère s'ils traversent le marigot ou le canal séparant la maternité de leur village.

Elle ne sera résolue que dans la mesure où les formations sanitaires répondront aux vœux des consommateurs tant dans leur localisation que dans le respect des coutumes et traditions.

2.3.1.3. - Budget alloué aux activités de Santé Familiale en milieu rural

Actuellement un modeste budget est alloué aux activités de Santé Familiale dans les Cercles.

Cette somme versée semestriellement, varie d'une Circonscription à l'autre selon l'étendue géographique et selon l'importance des activités en cours. Par ailleurs ce budget est reçu par le médecin-chef de l'A.M. en même temps que les quelques autres crédits et avec l'ensemble desquels il doit faire face aux achats :

...../.....

- De pétrole pour les lampes et réfrigérateurs
- De savon et allumettes
- D'une literie souvent manquante dans les maternités
- Enfin de tous les besoins et ingrédients nécessaires pour le bon fonctionnement de la maternité.

Si cette somme doit surtout pouvoir subvenir aux besoins de l'ensemble des centres de Santé Familiale du Cercle, il paraît certain que la seule maternité centrale de la Circonscription bénéficie d'un maximum d'attention.

2.3.2 - ACTIVITES

2.3.2.1. Curatives : Elles constituent la principale sinon la seule activité des centres de Santé Familiale en zone rurale.

En l'absence de formation sanitaire, et souvent même dans les localités où il existe des structures, les mamans sont naturellement portées vers les maternités pour déclarer leur souffrance. Il est à déplorer que les infirmiers pensent que leur rôle se limite à la consultation de personnes malades et à la prescription de médicaments.

2.3.2.2. Préventives : sont pratiquement absentes en milieu rural.

- les consultations pré-natales: sont presque inexistantes dans les secteurs de base et les villages qui ne bénéficient pas de formation sanitaire. Même en présence de structure seulement 5 à 10 % des femmes sont vues avant l'accouchement, et l'utilité de l'examen n'est jamais bien perçue ni par celles qui le font, ni par celles qui le subissent.

- Consultations de nourrissons et consultations post-natales
Elles sont absentes. La mère et l'enfant ne sont vus qu'à la suite d'une maladie.

- L'espacement des naissances : inexistant ou limité à quelques chefs lieux de cercle.

- Chloroquinisation : Les femmes ont perçu toute la portée de la prévention contre le paludisme. Aussi elles ne ménagent aucun effort à entreprendre individuellement ou collectivement des séances de chloroquinisation; mais le nombre de villages touchés reste dans l'ordre de 1 à 2 %;

.../...

On doit cependant regretter l'absence de certaines activités

- Les immunisations par manque de moyens financiers pour l'achat et la conservation des vaccins -

- La récupération nutritionnelle et l'éducation pour la Santé qui à elles seules peuvent éviter plus de 50 % des maladies en zone rurale. Cette absence est surtout due au manque d'initiative et de motivation du personnel en place -

- Les accouchements protégés

Selon la Direction Nationale de la Santé Publique : " sur les 346.500 naissances enregistrées chaque année au Mali, 47.000 seulement sont contrôlées par le Service de Santé contre 299.500 par les Accoucheuses traditionnelles du village.

Cinq femmes sur cent présentent des complications, soit 14.975 dystocias pour les 299.500 femmes assistées en zone rurale.

14.975 complications sur lesquelles 4.000 à 6.000 meurent dans les villages avant même qu'on se décide à les évacuer; 2.000 à 4.000 autres succombent au cours du transport sur des pistes affreuses, cependant que les 500 à 1.500 qui restent constituent la fraction la plus importante de ces malades que ces chirurgiens acceptent de prendre le risque d'installer sur une table d'opération alors qu'elles ne sont qu'à un doigt de la mort " (26)

Nous voyons ainsi l'importance des tâches des matrones et accoucheuses traditionnelles du village et la nécessité d'une meilleure structuration des soins si l'on veut assurer une couverture sanitaire acceptable à la mère et à l'enfant

2.3.3 - Identification des Problèmes techniques qui se posent : à la réalisation des actions de Santé Familiale en milieu rural :

2.3.3.1 - Formation insuffisante du personnel

- En nombre : seules 2 à 3 régions bénéficient de l'apport des matrones et accoucheuses traditionnelles du village recyclées.

- En qualité : Le manque de compétence des matrones (formées à toute vitesse) est une cause de refus pour les femmes qui préfèrent accoucher à domicile que de parcourir des distances pour aller accoucher avec les mêmes risques à la maternité.

Le manque de motivation et les difficultés rencontrées dans le travail des matrones (mariage, grossesse, allaitement, mari jaloux).

La formation non appropriée du personnel entraînant des difficultés à mieux cerner les problèmes sur le terrain. Le personnel est trop distant de la population qui le considère comme étranger.

2.3.3.2 - Les activités de santé familiale en zone rurale sont limitées à des secteurs précis :

- Consultations pré-natales;
- Accouchements;
- Chloroquinisation;
- Rares visites des nourrissons

2.3.3.3 - Mauvaise répartition du personnel et de l'équipement

Due à l'absence de structure d'accueil, mais surtout à un manque de coordination interministérielle pour l'affection des couples. En effet:

Sur 175 médecins; 62 % sont à Bamako -

Sur 268 sage-femmes, 74 % sont à Bamako-

Sur 1 415 infirmiers de Ier Cycle, 36 % sont à Bamako-

2.3.3.4 - Absence de supervision et d'évaluation

- Le personnel sanitaire laissé à lui-même
- les statistiques sanitaires mal tenues ou inexistantes,
- l'absence de visites périodiques du personnel superviseur, sont autant de facteurs entravant l'appréciation des résultats obtenus.

2.3.3.5 - Les efforts sont plutôt axés sur la médecine curative au détriment de la médecine préventive

Pour le personnel, les actions à entreprendre se limitent aux soins, alors que le manque de structure devrait faire accorder la priorité à la médecine préventive beaucoup moins chère et plus efficace.

2.3.3.6 - Insuffisance de l'alphabétisation des femmes :

Est un handicap à la bonne conduite de certaines actions villageoises.

2.3.3.7 - Difficultés d'approvisionnement en :

- Chloroquine
- Vaccin
- Matériel -

Il n'est pas rare de rencontrer des associations de femmes disposant de l'argent nécessaire pour mener à bien certaines actions et n'arrivant pas à trouver au Mali les produits qu'elles recherchent -

2.3.3.8. - Absence d'intégration entre les différents secteurs d'activités :

- Le Médecin Chef se limite à ses consultations,
- L'Infirmier-lèpre à ses malades-
- La Santé Familiale est le domaine réservé de

la sage-femme et des matrones; les autres ne se sentent pas concernés.

D'autre part, il n'existe aucune véritable coordination entre les services de Santé et les autres secteurs de l'économie-

2.3.3.9. - Le rôle souvent néfaste de l'administration qui use de la contrainte pour obtenir les résultats souhaités :

- Construction de maternité, accouchements en maternité, chloroquinisation -

C'est ainsi qu'on entend le paysan dire souvent " la maternité, c'est pour le commandant, c'est donc à lui de s'en occuper ".

3 - R E C O M M A N D A T I O N S

L'analyse des conditions socio-économiques, l'état sanitaire déficient de la population et la situation actuelle de la Santé Familiale en milieu rural nous amènent à formuler un certain nombre de recommandations :

3.1 - METTRE SUR PIED UN RESEAU QUI PERMETTRA A LA TOTALITE DE LA POPULATION DE BENEFICIER DES ACTIONS DE SANTE FAMILIALE (Voir Organigramme annexe 3)

3.1.1. - Description du réseau

Ce réseau doit partir des villages les plus isolés pour remonter jusqu'au niveau national en passant par quatre niveaux intermédiaires:

- Le secteur de base : (groupe de 5 à 10 villages rassemblant 300 à 5.000 habitants au sein d'une structure intégrée de développement socio-économique-

- L'Arrondissement
- Le Cercle
- La Région

3.1.1.1. - Au niveau du village

Les ressources nationales et locales en personnel et en finances ne permettant pas d'offrir à chaque localité des structures propres, il s'avère nécessaire de faire appel à la communauté elle-même pour mettre sur pied des "actions de santé de village" qui pourront être menées à bien grâce à la formation d'une "équipe de santé de village" comprenant :

- Des Accoucheuses traditionnelles recyclées
- Des Animatrices,
- Des Agents sanitaires.

Les Accoucheuses traditionnelles et les animatrices sont plus spécialement chargées des actions de santé familiale.

- Rôle de l'équipe :

- . Eduquer les femmes au cours de discussion en leur donnant des conseils pour leur santé et celle de leurs enfants-
- . Inciter les femmes enceintes et les mamans à se rendre aux visites pré et post-natales et aux visites des enfants-
- . Tenir à jour avec les agents sanitaires alphabétisés le registre des naissances et des décès du village.

.../...

. En matière d'accouchement, elles s'efforcent d'amener les femmes à accoucher dans les meilleures conditions, soit en les poussant à se rendre à la maternité la plus proche, soit en effectuant elle-même l'accouchement dans des conditions d'hygiène convenables-

- . Evacuer les cas difficiles -
- . Assurer l'éducation nutritionnelle des mères -
- . Procéder aux séances de nivaquinisation.

- L'accoucheuse traditionnelle recyclée

- Profil

Il s'agit des accoucheuses traditionnelles choisies par le village et ayant subi un stage de recyclage. Il est souhaitable d'inviter les accoucheuses en général très âgées à se faire assister d'une femme plus jeune qui pourrait les seconder efficacement dans leurs tâches-

- Tâches

- . Conduire correctement un accouchement normal
- . Prodiguer des soins nécessaires aux nouvelles accouchées et à leur bébé et surveiller leur état de santé pendant la période qui suit la naissance-
- . Evacuer à temps tous les cas difficiles-
- . Donner aux jeunes accouchées les conseils nécessaires sur les soins à donner aux nouveaux-nés et aux nourrissons, sur l'alimentation des enfants et les avantages de l'allaitement au sein-
- . Apprendre aux femmes enceintes les règles d'hygiène générale et nutritionnelle et l'importance de suivre régulièrement les visites pré-natales-
- . Encourager les mères pour la nivaquinisation et la vaccination -
- . Déclarer à l'agent sanitaire les naissances et les décès -
- . Collaborer avec la matrone rurale qui supervise ces activités-

- Rémunération

Aucune rémunération fixe est prévue à leur intention. Elles bénéficient des cadeaux (apport en nature ou en espèce) prévus par la coutume.

- Recyclage

Elles sont recyclées au cours d'un stage d'une semaine à un mois au niveau de la maternité rurale du secteur de base. De nouveaux stages devront compléter cette formation initiale tous les ans.

3.1.1.2 - Au niveau du secteur de base :

Le couple, matrone, aide-soignant doit avoir pour rôle de :

- Assurer les consultations du dispensaire,
- Effectuer les accouchements à la maternité,
- Superviser les activités des équipes de santé de village,
- Effectuer les visites pré et post-natales et les visites des enfants,
- Assurer les vaccinations,
- Superviser la chloroquinisation
- Gérer la maternité,
- Concourir à l'éducation des femmes.

- La matrone :

Profil.

A la place de jeunes filles actuelles, il serait préférable de prendre des femmes mariées choisies au sein même des communautés par les villageoises, sachant lire et écrire et ayant suivi un stage de formation de 6 mois dans une maternité centrale de chef lieu de cercle.

Tâches :

- Gérer la maternité (tenir les registres, élaborer les rapports),
- Surveiller les femmes enceintes,
- Evacuer à temps tous les cas de dystocie,
- Procéder à des accouchements normaux,
- Surveiller les mères et les bébés en post-partum;

.../...

- . Surveiller les enfants de la naissance à l'âge scolaire,
- . Faire de l'éducation sanitaire,
- . Evaluer l'état nutritionnel des enfants, faire des démonstrations nutritionnelles,
- . Dépister les maladies bénignes et donner les premiers soins aux mères et aux enfants,
- . Assurer les vaccinations et superviser la chloroquinisation
- . Informer les mères en matière d'espacement des naissances, faire connaître les risques liés aux grossesses rapprochées,
- . Administrer une pharmacie rurale,
- . Effectuer les tournées de supervision des Accoucheuses traditionnelles de village dans tous les villages de son secteur,
- . Déclarer les premiers cas de toutes affections épidémiques,
- . Participer à toute action de développement communautaire.

3.1.1.3 - Au niveau de l'Arrondissement

L'équipe dirigée par l'Infirmier-Chef d'arrondissement aura pour tâches de :

- Mener les consultations et les petits soins,
- Superviser les différents secteurs de base de l'arrondissement,
- Evaluer la situation sanitaire de l'arrondissement,
- Assurer la formation et le recyclage des animatrices, Accoucheuses traditionnelles recyclées et matrones.

3.1.1.4 - Au niveau du Cercle

En dehors des autres activités de santé familiale, la maternité centrale sera le lieu de référence pour les cas difficiles, la formation et le recyclage des matrones, la supervision et l'évaluation des activités.

3.1.2 - Mesures particulières

La mise en place de ce réseau nécessitera :

- d'effectuer une répartition judicieuse du personnel et des moyens à travers l'ensemble du territoire. Pour cela, une consultation interministérielle s'avère nécessaire pour l'affectation de couples de fonctionnaires.

- De favoriser une mobilité accrue de ce personnel afin qu'il puisse multiplier ses contacts avec la population et assurer un encadrement étroit des actions entreprises.

3.2 - DEFINIR UNE POLITIQUE DE SANTE FAMILIALE AU MALI, ET A CE TITRE, DONNER A LA DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE LA PLACE QUI DOIT ETRE LA SIENNE

Il est nécessaire que l'on arrive à la mise sur pied d'un plan de développement des services de Santé Familiale à court, moyen et long termes qui soit partie intégrante du plan national de développement des services de santé.

Cette programmation doit se faire depuis le niveau du cercle jusqu'aux niveaux régionaux et nationaux.

La Division de la Santé Familiale à Bamako, aura ainsi pour tâche:

- La conception,
- La supervision,
- L'évaluation.
- La formation-

3.2.1 - La conception

La Division de la Santé Familiale devra concevoir la politique nationale de Santé Familiale en précisant ses objectifs et ses méthodes.

Après avoir été analysée, approuvée et intégrée au sein de l'ensemble des activités sanitaires, elle sera confiée à la Direction Générale de la Santé pour être exécutée.

3.2.2. - La supervision

Elle permettra à la division d'être informée à tout moment du déroulement des actions sur le terrain afin de pouvoir apporter au moment opportun les changements nécessaires.

3.2.3. - L'évaluation

Il revient à la division de mesurer périodiquement le degré de réalisation des activités programmées et de se rendre compte des résultats atteints.

3.2.4. - La formation

Elle sera plus qualifiée que tout autre structure dans la préparation du personnel de santé aux tâches qui seront les leurs.

3.3. FOURNIR AUX POPULATIONS DES PRESTATIONS DE QUALITE QUI
COMPORTERONT :

- Les- Consultations pré-natales;
- Les- Accouchements protégés;
- Les- Consultations post-natales;
- Les- Visite des enfants,
- Les- Vaccinations,
- Les- Chimio prophylaxie anti-palustre;
- Les- Espacement des naissances.

Le tout cimenté par l'éducation sanitaire.

3.3.1 - Consultations pré-natales

Elles se limitent encore à un rituel dont l'utilité reste à prouver, car ceux qui la pratiquent ignorent jusqu'au but essentiel de cet examen. Les consultations prénatales doivent avoir lieu au moins une fois par semaine dans chaque maternité rurale, et les femmes enceintes doivent être invitées à s'yn rendre une fois par mois.

Afin d'atteindre une meilleure efficacité, on pourra organiser un roulement attribuant à chaque village un jour mensuel de consultation.

exemple : Secteur de base de 8 villages : Le samedi est le jour de
parché -

1er samedi :	consultations des villages	I	et	2
2° samedi :	"	"	3	et 4
3° samedi :	"	"	5	et 6
etc...				

Au cours de chaque consultation on procédera aux examens suivants :

- Un examen général de la femme

- . Taille
- . Poids
- . Tension artérielle au repos -
- . Recherche d'albumine
- . Recherche de signes cliniques éventuels : fièvre, toux,

diarrhée.

- Un examen obstétrical comprenant :

- La mesure de la hauteur utérine ,
 - Le bruit du coeur foetal;
 - Recherche de mouvements foetaux;
 - Un toucher vaginal s'il y a des signes d'appel (saignement, douleurs, etc...).
- Examen du bassin -

Au cours de cet examen, les femmes seront classées en groupes à risque :

- Groupe 0 :

Tous les examens ont donné de bons résultats. On procède alors aux recommandations usuelles:

- nécessité de venir régulièrement aux visites ,
- nécessité de prendre la nivaquine et de se faire vacciner,
- hygiène alimentaire et corporelle, etc...

- Groupe I :

La femme présente l'un des signes suivants :

- Tension artérielle entre I4 et I5 ,
- Présence d'une albuminurie,
- Oedèmes et prise de poids excessive,
- Anémie clinique,
- Petits saignements.

Ces femmes doivent être mises au régime désodé et au repos avec ou sans traitements spécifiques. Elles devront être revues toutes les semaines ou tous les 15 jours selon le cas.

- Groupe 2

Il concerne :

- Les femmes de petite taille (moins de 1m,50)
- Les femmes ayant un antécédent de césarienne, de dystocie et de mort-nés ou d'avortement à répétition,
- Tension artérielle à I6 et plus
- Femmes appartenant au groupe I, mais non améliorée
- Suspicion d'hydramnios, de malposition, de bassin retréci ou déformé.

.../...

Ces femmes seront adressées à la consultation de la sage-femme ou du médecin chef du Cercle.

- Groupe à risque 3

Toute femme classée dans cette catégorie est à évacuer de toute urgence sur le chef lieu de cercle. Il s'agit des

- Menaces d'éclampsie,
- Hémorragies
- Début de travail avec dystocie probable
- Tension artérielle à 20 et plus.

Matériel disponible :

Il doit être mis à la disposition de chaque maternité :

- Un appareil à tension,
- Un mètre ruban,
- Un stéthoscope obstétrical,
- Un pèse-personne ou une bascule -
- De l'acide sulfo-salicylique ou nitrique (car la recherche d'alubumine à froid revient moins cher que l'utilisation de tube à essai et de lampe à alcool).

Prescription : Peut être prescrit à la maternité :

- Le vaccin antitétanique au 6^o-7^o et 8 mois,
- La chloroquine: 300 mg par semaine chez les femmes dès le diagnostic de la grossesse -

La chloroquine payée par l'association des femmes sera donnée en quantité suffisante jusqu'à la prochaine visite prénatale -

- Eventuellement on pourrait donner du fer à certaines femmes (ce fer peut être payé par les femmes si le prix est accessible).

Souvent il sera nécessaire de délivrer une ordonnance à la femme pour les produits qui ne sont pas disponibles au centre.

Les documents :

Chaque femme doit avoir un dossier à la maternité et un carnet individuel qu'elle présentera à chaque consultation et sur lequel seront mentionnés les résultats de chaque examen .

.../...

3.3.2. - Accouchements protégés

A ce niveau deux points essentiels doivent être retenus:

- l'aseptie rigoureuse avec laquelle l'accoucheuse doit toujours travailler -

- l'évacuation des accouchements difficiles: l'accoucheuse doit pouvoir évacuer à temps les femmes du groupe à risque 3 -

a- L'accouchement au village

- Le bilan:

A défaut d'une ou deux pièces construites spécialement en banco, une case peut servir aux accouchements. Elle doit être maintenue régulièrement propre et en bon état -

Matériel des Accoucheuses traditionnelles recyclées

Il est simple et se compose :

- d'un paquet de lames rasoirs destinées à la section du cordon -
- d'un fil de ligature trempé dans un flacon d'alcool-
- d'un flacon de mercurochrome -
- d'un alèze de 1m,50 de long.

Les tâches de l'Accoucheuse traditionnelle recyclée
en matière d'accouchement

- Mener à bien un accouchement normal
- Evacuer à temps les cas difficiles -
- Déclarer à l'agent sanitaire les naissances -

b- L'accouchement à la maternité

- Matériel :

La matrone dispose à la maternité d'une table d'accouchement et d'une trousse type UNICEF comprenant :

- Deux pinces,
- Une paire de ciseaux,
- Des agraffes,
- Une pompe en caoutchouc (destinée à désobstruer les voies respiratoires-
- Un stéthoscope,
- Un stylet,

.../...

- Un bassin
- Une blouse.

- Tâches de la matrone

- Gérer la maternité,
- Effectuer tous les accouchements normaux,
- Evacuer à temps les cas de dystocie,
- Faire de l'éducation sanitaire.

La matrone doit être capable de traiter sur place quelques difficultés telles que les hémorragies du post-partum (par rétention du placenta ou par atonie utérine).

c- L'accouchement au centre de Santé de Cercle

Le centre de santé de cercle, est le lieu où seront évacués à tous les cas de dystocie. Certaines activités doivent pouvoir y être menées :

- Pose d'une ventouse ou forceps,
- Transfusion,
- Césarienne.

3.3.3. Consultations post-natales

Elles ne doivent pas être confondues avec les visites des enfants, car il s'agit d'un examen de la femme.

Elles ont lieu au 15^e et au 40 j. après l'accouchement et ont pour but :

- De diagnostiquer les suites de couche pathologique (infections, abcès...)
- De dépister les problèmes de lactation,
- De sensibiliser la femme sur la nécessité de visites des enfants et sur les avantages de l'espacement des naissances.

3.3.4 - Visites des enfants

Objectifs :

- Dépister les affections aiguës non encore traitées,
- Dépister les affections latentes parmi lesquelles la malnutrition occupe une place de choix-
- Procéder aux vaccinations -
- Procéder à la chloroquinisation et à l'éducation sanitaire.

.../...

Méthodes :

consiste en l'examen systématique de tous les enfants.

Elles comprennent :

+ Un examen clinique à la recherche de :

- . Fièvre,
- . Diarrhée ou dysenterie,
- . Otite,
- . Dermatose,
- . Affections pulmonaires,
- . Signes de malnutrition.

+ La Pesée des enfants pour les situer dans un groupe à

risque :

- Groupe 0 : Enfants dont l'état nutritionnel est satisfaisant et pour lesquelles on fera les recommandations courantes concernant les régimes à suivre et l'hygiène à appliquer.

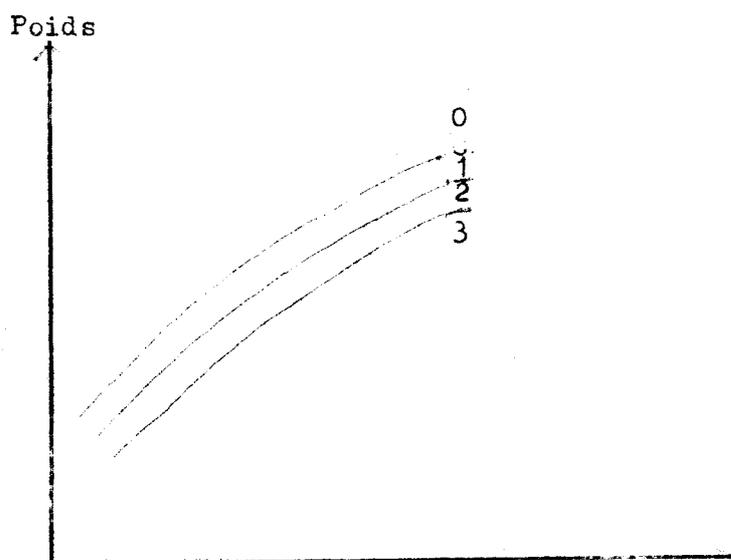
- Groupe I : Enfants en danger de malnutrition -
Ce groupe d'enfant sera suivi régulièrement toutes les semaines au tous les 15 jours en faisant les recommandations hygiéno-diététiques aptes à remettre l'enfant sur le bon chemin.

- Groupe 2 : Enfants prémalnutris -
Leur état ne leur permet pas d'être récupérés à domicile. Ils sont donc orientés sur un centre de réhabilitation nutritionnelle où ils resteront jusqu'à ce qu'ils aient réintégré le groupe 0.

- Groupe 3 : Enfants souffrant de malnutrition :
Marasme ou Kwashiorkor - Ces enfants sont à adresser au centre de réhabilitation ou à l'hôpital -

\$ - D'après ISELY G. Pharmacie Familiale, Afrique Médicale n°141, 1976
pp 437 - 30.

.../...



- Groupe 0 : Enfant normal - Son poids est supérieur à 80 % du poids standard -

- Groupe I : Enfant sorti du bon chemin mais dans les limites raisonnables c'est à dire que son poids est compris entre 60 et 80 % du poids normal-

- Groupe 2 : Enfant dont le poids est compris entre 60 et 70 % du poids standard.

Groupe 3 : Enfant sorti franchement du bon chemin, c'est à dire que son poids est inférieur à 60 % du poids standard et présente en plus les signes de marasme ou de Kwashiorkor

- + Vaccination des enfants (chapitre détaillé ci-dessous)
- + Education des mères.

3.3.5. - Les vaccinations

Si le secteur de base dispose d'un réfrigérateur, les vaccinations pourront être menées tout au long de l'année, lors de chaque visite prénatale ou de chaque visite des enfants.

En l'absence de conservation, on se contentera des séances planifiées et organisées à partir du chef lieu d'arrondissement. On pourra ainsi choisir 3 jours par an pour les 3 doses-

Par exemple : Le Premier Vendredi de Février :DT Coq-polio

1.

Le Premier Vendredi de Mars:DT Coq-polio 2-

Le premier Vendredi d'Avril DT Coq-polio 3 -
plus B.C.G.

.../...

Il est préférable de faire le B C G en même temps que la 3ème injection de DT coq- car la cicatrice du B C G peut faire fuir aux 2ème et 3ème injections.

Si possible :

- faire des séances de vaccination les jours de marché,
- faire plusieurs séries de vaccinations par an,
- dans les grands centres, renforcer éventuellement le personnel du secteur de base.

3.3.6 - Chimioprophylaxie anti-palustre -

- Dans les villages avec centre de santé, la chloroquinisation sera faite essentiellement par la matrone rurale aidée par l'Accoucheuse traditionnelle recyclée et les animatrices -

- Dans les villages sans centre de santé : Chaque village s'organise avec ses agents sanitaires alphabétisés, ses accoucheuses traditionnelles recyclées et ses animatrices.

- La distribution doit être autant que possible enregistrée par écrit dans le cas contraire, le nombre d'enfants à chaque séance pourra être comptabilisé avec des cailloux.

- L'approvisionnement en chloroquine est assurée par les femmes des unions locales.

Cette chloroquinisation se fera surtout du mois de Juillet au mois de Décembre chez les enfants de 6 mois à 4 ans.

- Posologie :

- De 6 mois à 11 mois, 1/2 comprimé par semaine

- De 1 an à 4 ans, 1 comprimé par semaine-

- Au delà de 5 ans, le relai sera pris par les Pharmacies villageoises et les formations sanitaires en traitant les cas: ceci ayant pour but de permettre à l'enfant déjà plus grand donc moins vulnérable de parfaire son immunité -

3.3.7 - La récupération nutritionnelle

Objectif :

- Remettre dans un état nutritionnel convenable les enfants en état de prémalnutrition ou malnutris;

- Assurer l'éducation nutritionnelle des mères qui "recupèreront" elles-mêmes leurs enfants.

.../...

Méthodes :

La mère et l'enfant passent 15 à 20 jours dans un centre de récupération - Au cours du séjour, la mère apprend :

- A suivre la progression de l'état nutritionnel de son enfant sur une courbe de poids grâce à des petits papiers colorés -

- A préparer les repas adaptés et ainsi à remettre elle-même son enfant en bonne santé.

En pratique : Il doit y avoir un centre efficace au niveau du chef lieu de Cercle qui pourra être complété par un centre dans chaque chef lieu d'arrondissement et éventuellement un centre dans les secteurs de base dont le personnel aura fait preuve de dynamisme.

3.3.2. La Planification Familiale

Objectif :

-Permettre aux femmes d'espacer leur naissance d'au moins 3 ans afin de pouvoir élever correctement leur enfant et récupérer un état de santé convenable.

Méthodes :

La pilule devrait être la principale méthode d'Espacement de naissance en milieu rural -

Eventuellement le stérilet peut être utilisé chez la femme sans danger d'infection -

En pratique:

Les accoucheuses traditionnelles recyclées, les animatrices, les agents sanitaires de village doivent être informés des bienfaits et méthodes d'espacement des naissances. Il ne faut pas parler directement de Planning Familial dans les villages ni à la Radio, mais sensibiliser la population sur les méfaits des grossesses rapprochées. Il revient à la femme d'en parler elle-même aux matrones rurales qui lui conseilleront de se rendre auprès du médecin chef ou de la sage-femme.

- Au niveau du chef lieu de cercle, faire au moins une consultation par semaine-

- Au niveau du chef lieu d'arrondissement, on fera une consultation tous les mois ou tous les trimestres.

.../...

- Un point capital est à souligner : Les consultations de Planning Familial doivent être incluses au sein des consultations pré-natales ou post-natales. On ne doit jamais savoir que la femme est venue pour un problème de contraception.

En cas de pose d'un stérilet, la femme sera convoquée au chef lieu de cercle et suivie une fois par mois ou par trimestre s'il n'y a aucune complication.

3.3.9.1. - L'éducation sanitaire

Elle sert de courroie de transmission pour toutes les actions de santé et en particulier celle de Santé Familiale.

Le personnel sanitaire doit savoir que l'éducation sanitaire n'est pas le seul fait d'un agent spécialisé, mais que cette tâche incombe à la sage-femme, à la matrone, aux accoucheuses traditionnelles recyclées, aux animatrices et aux médecins qui doivent être les premiers éducateurs sanitaire de la population. Ce rôle est favorisé par le fait que la mère vient en général à la consultation, avec son enfant pour recevoir un traitement, c'est à l'occasion des soins, que seront donnés les conseils. Cette éducation s'étendra de la protection de l'enfant jusqu'à l'hygiène de toute la famille et comportera une :

- Meilleure préparation au sevrage en encourageant l'allaitement maternel aussi longtemps que possible et conseil pour introduire des aliments variés dans la ration du nourrisson dès l'âge de 6 mois.

- Prévention des maladies transmissibles et des parasitoses -

- Amélioration de l'hygiène de la case et de l'eau.

Pour mener à bien ces tâches, il convient de connaître les conditions sanitaires de la population, ses coutumes et surtout ses possibilités matérielle et économiques.

Matériel :

Au mieux, on bénéficiera :

- des affiches murales

- des flannellographes et des boîtes à images -

Les affiches doivent présenter des situations dans lesquelles les participantes se reconnaissent.

On fera des informations radio en choisissant des thèmes vivants et adaptés -

- Les thèmes éducatifs :

- Nutrition,
- Vaccination,
- Chloroquinisation,
- Hygiène de la maison et du village,
- Les maladies des enfants,
- etc...

3.3.1.0. - Programmation annuelle

Toutes les activités de Santé Familiale pour être menées à bon port doivent être élaborées à partir d'une programmation annuelle que le personnel sanitaire s'efforcera de respecter le plus possible -

Il est en effet nécessaire que :

- d'une part il soit tenu compte des travaux champêtres pour mobiliser la population,

- d'autre part les actions se succèdent dans un ordre logique afin qu'elles puissent se potentialiser :

Exemple de calendrier :

Avant toute action, il est nécessaire de sensibiliser et faire comprendre à la population le but à atteindre par l'action qu'on veut entreprendre. Ceci pourra être fait par des flanellographes, affiches et émissions radiophoniques qui continueront également durant toute l'opération.

Ainsi pendant tout le mois de Janvier, on procédera à l'éducation. - De Février à Avril ce sera la campagne de vaccinations. Cette période nous paraît favorable car elle constitue une saison morte en zone rurale, les récoltes sont terminées et les greniers pleins. L'homme a moins de travail, et la femme est sensiblement allégée dans ces tâches. C'est donc pendant cette période qu'on pourra toucher une grande partie de la population. C'est également pendant cette période creuse qu'il faut :

- Tenir les réunions dans les villages,
- Recycler les accoucheuses traditionnelles,
- Former et recycler les animatrices.

La chloroquinisation : Elle s'étendra de Juillet à Décembre, période qui correspond à la saison de transmission intense. Un mois auparavant, c'est-à-dire au mois de Mai, on fera une éducation suivie chaque vendredi de slogans en langues locales à la radio, rappelant aux femmes l'importance de chloroquiniser leurs enfants. Cette période d'Octobre à Décembre paraît aussi favorable à l'approvisionnement en vaccin.

Quant à la programmation des activités, elle se fera en fin d'année après la collecte des statistiques et l'évaluation de chaque activité.

3.4 - Assurer un approvisionnement facile et régulier en produits et matériel indispensables

Il n'est pas rare de voir l'union des femmes attendre plusieurs mois pour pouvoir trouver sur le marché un pèse-bébé ou des boîtes de chloroquine, pour l'achat desquels elle a su rassembler l'argent nécessaire -

3.5 - Susciter une participation réelle des populations:

Plus que tout autre les actions de santé familiale reposent sur une attitude positive et dynamique des mères vis à vis de la santé de leur enfant.

La motivation dont elles font preuve pour résoudre les problèmes qui les préoccupent ouvre la porte aux plus grands espoirs, à condition qu'elles soient véritablement convaincues qu'elles et leurs enfants seront les vrais bénéficiaires de ce qui sera entrepris.

3.6. Intégrer effectivement la santé familiale au sein :

- D'une part de l'ensemble des activités sanitaires du cercle

L'équipe de santé de chaque localité doit être responsable de l'ensemble des problèmes sanitaires de sa zone -

Le regroupement de la division avec toutes les autres disciplines (hygiène et assainissement, lutte contre les maladies transmissibles, l'éducation pour la santé etc...) au sein d'un institut national de santé publique serait un gage de réussite pour l'avenir. En effet seule une telle approche sera à même de casser le sectarisme qui s'oppose à toute approche globale des problèmes de santé.

- D'autre part au sein des activités de développement

- Economie,
- Education.

L'économie élève le niveau de la population, et l'éducation est la base même des actions de santé.

Cette intégration ne peut être réalisée qu'en instituant à chaque niveau des équipes pluridisciplinaires.

3.3.7 - Favoriser l'extension de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes qui permettra aux actions villageoises de bénéficier d'un outil précieux.

6 73 -

4 - C O N C L U S I O N -

Le deuxième séminaire national de la Santé a définitivement engagé le Mali sur le chemin de la Santé pour tous en l'an 2.000.

Le travail que nous avons effectué sur les conditions de santé de la mère et de l'enfant montre l'immensité de la tâche qui nous attend.

Dans nos villages, près d'un enfant sur deux n'arrive pas à l'âge de 5 ans. Les jeunes mères abordent encore l'accouchement, comme sur un champ de bataille, persuadées qu'elles s'en sortiront: malheureusement un grand nombre d'entre elles y perdent la vie ou en ressortent infirmes pour le restant de leur jour.

Notre espoir réside pourtant dans la simplicité des techniques grâce auxquelles nous pourrions mettre un terme à ce drame quotidien.

Les actions à entreprendre sont au nombre de neuf et n'exigent aucun moyen dont ne dispose notre pays, à savoir :

- Une volonté politique, qui semble ne pas faire défaut -
- Une méthode de travail rigoureuse,
- et surtout une volonté inébranlable de réussir.

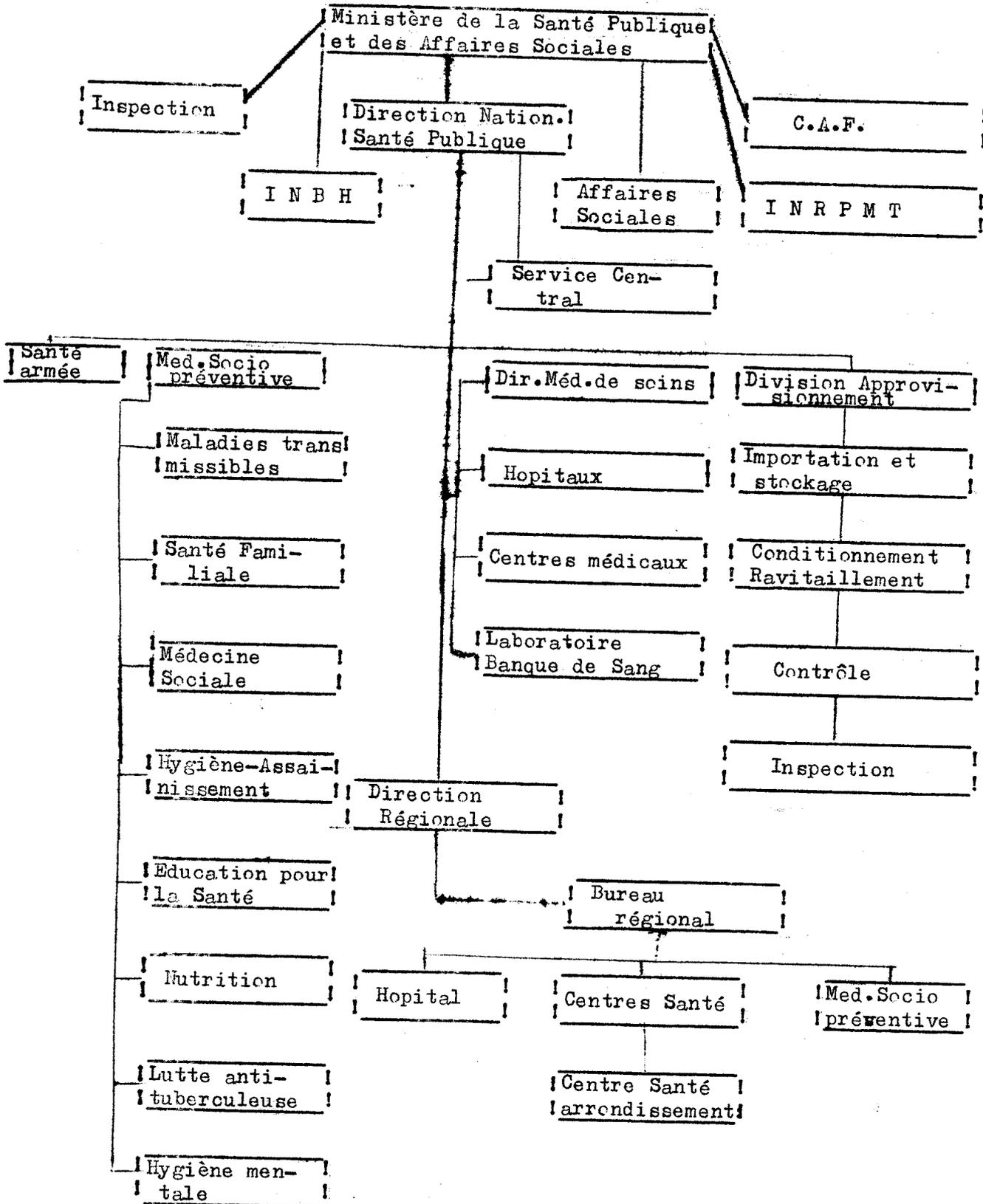
La Santé Familiale demande pour atteindre ses objectifs que chaque agent de la Santé accepte d'assurer sans réserve les responsabilités qu'il a choisies librement.

Nous ne saurions conclure ce travail sans mettre un accent particulier sur le type de rapport qui doit nécessairement exister entre les techniciens et la population. Les hommes et les femmes du monde rural sont prêts à tout pour protéger leur santé, et celle de leurs enfants.

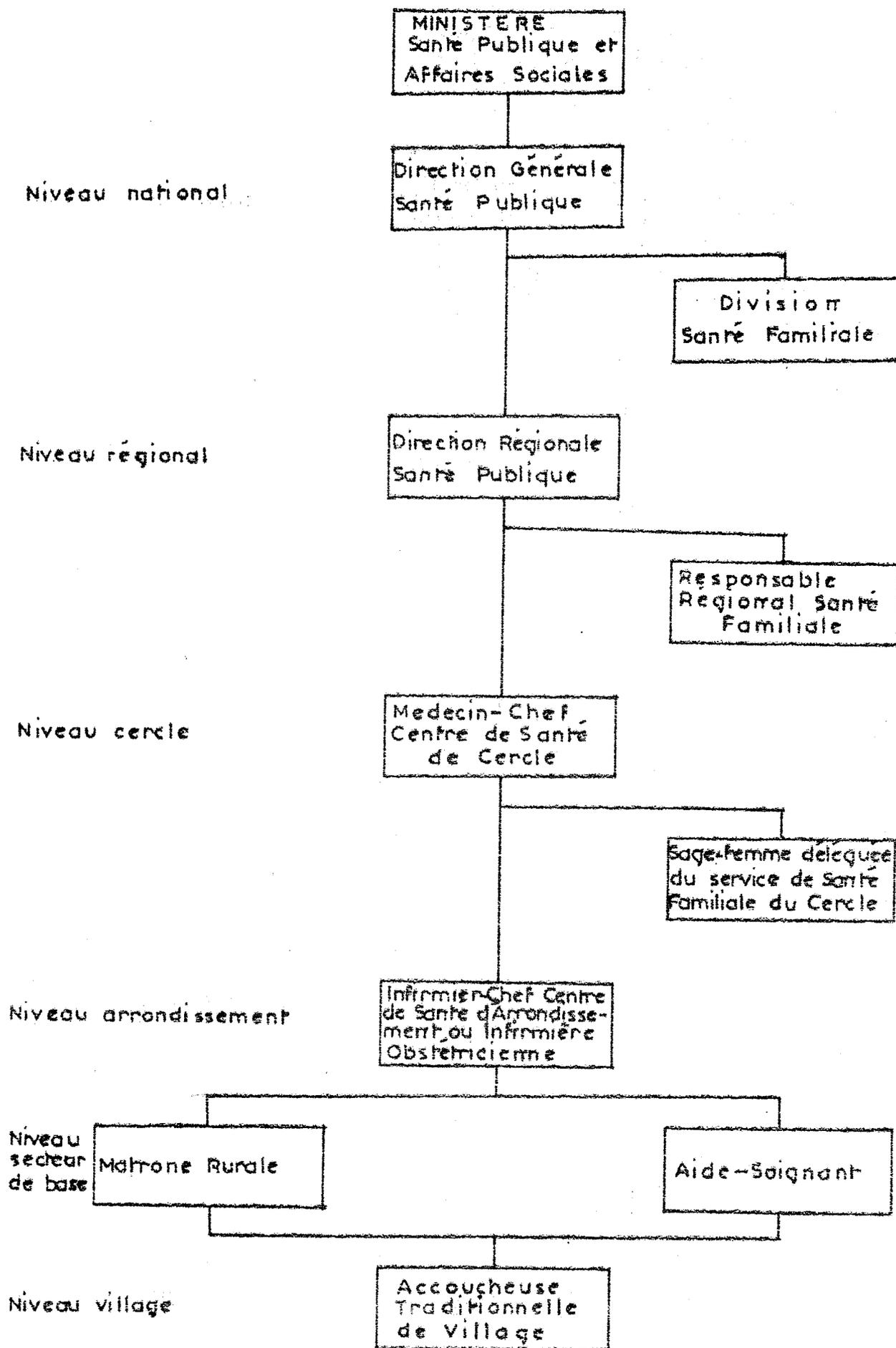
S'ils présentent souvent des réticences devant des actions qui leur sont proposées, c'est toujours parce que celles-ci ne leurs ont pas été proposées convenablement. Aussi longtemps que les fonctionnaires ne seront pas intimement convaincus qu'ils sont au service des personnes humaines ayant leur propre valeur, leur propre organisation sociale et leurs propres connaissances, il sera impossible de franchir le moindre millimètre sur le chemin du rendez-vous " LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2.000 " .

INDEX

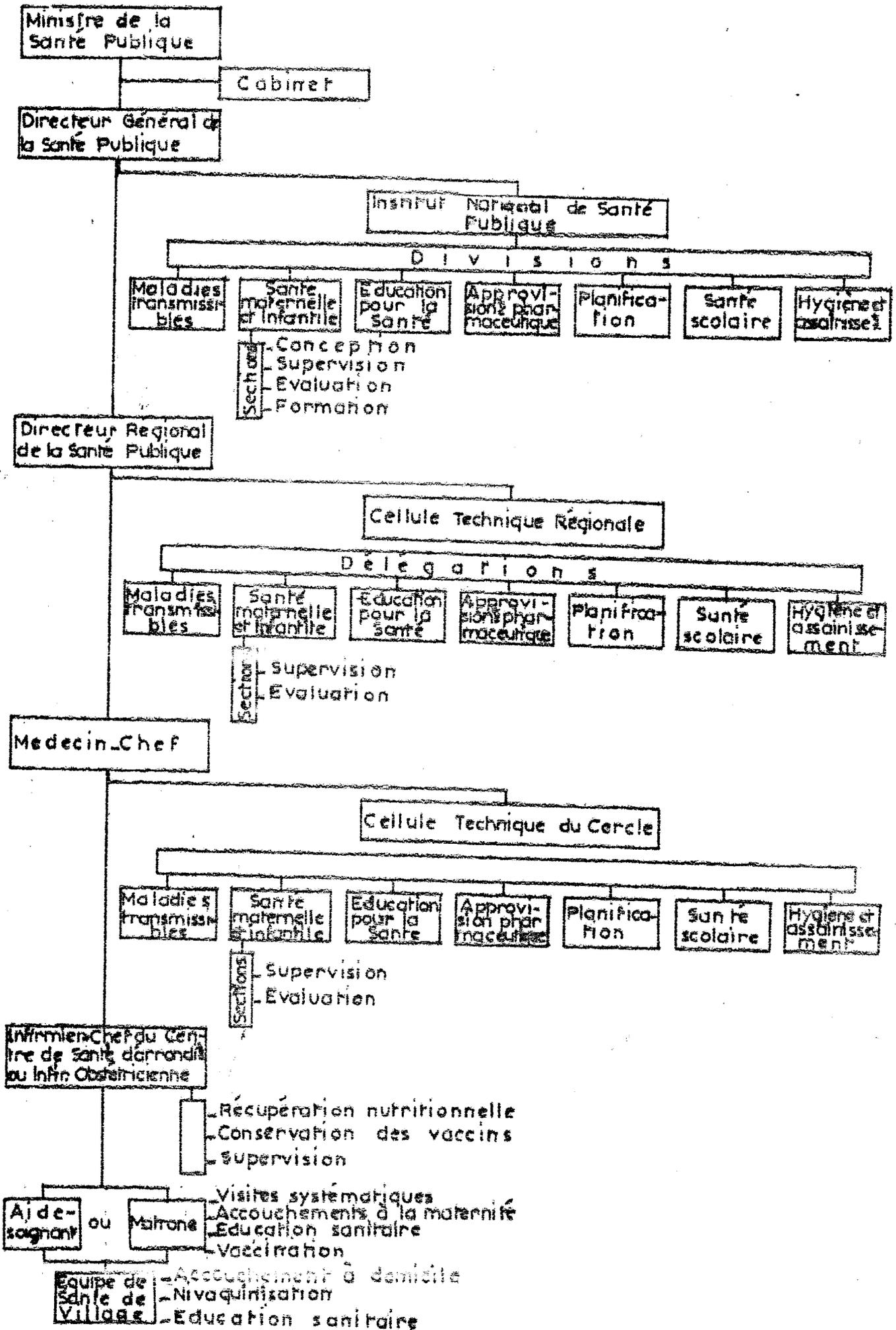
I. ORGANIGRAMME (1977) -DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE



2. Organisation actuelle de la Santé Familiale au Mali



3. Proposition d'Organigramme du Ministère de la Santé



4. QUESTIONNAIRE

IDENTIFICATION DU SUJET

- _____
- I - Région :
- 2 - Cercle :
- 3 - Village :
- 4 - Religion :
- 5 - Ethnie :
- 6 - Age :
- 7 - Niveau scolaire : _____
analphabète (Bambara et Français)
sait lire et écrire _____
au dessus du premier cycle -
- 8 - Ecole coranique : _____
N'a jamais fréquenté : _____
fréquenté : I à 2 ans _____
de 2 ans _____
- 9 - Situation matrimoniale :
Célibataire _____ Veuve _____ divorcée _____
Epouse d'un monogame _____ Ière épouse d'un polygame-2ème-3ème
4ème épouse _____
- 10 - Age de la 1ère menstruation :
10 - 12 ans _____ 12 à 14 ans _____ et - 14 ans.
- 11 - Depuis quand êtes vous marié:
- 12 - Quel âge aviez-vous au moment de votre 1er accouchement:
- 13 - Activité économique dominante :
Culture- élevage _____ commercialisation de la production
familiale _____ artisanat _____ commeree _____

PRODUCTION - NIVEAU DE VIE

- I - Dans quel type de maison habitez-vous ?
- maison en banco
- en semi dur
- en paillotte
- 2 - Dites si la maison que vous habitez appartient:
- à vous même
- à votre mari
- à d'autre personne (précisez laquelle)
- 3 - Dites si vous habitez :
- seule avec votre mari et vos enfants
- avec d'autres coépouses
- avec d'autres personnes (précisez lesquelles)
- 4 - Y a t-il des latrines dans la maison où vous habitez ?
- Oui
- Non
- 5 - Où faites-vous la cuisine ?
- dans la cour en plein air
- dans une cuisine spécialement aménagée
- 6 - Comment vous approvisionnez-vous en eau ?
- un puits situé dans la maison
- un puits commun à tout le village
- une mare
- une rivière ou un fleuve
- 7 - Avez-vous un revenu propre ?
- Oui
- Non
- 8- Si oui en quoi consiste t-il?
- bénéfice commercial
- produit d'un artisanat
- produit d'un champ personnel
- 9 - Si vous avez un revenu, participez-vous aux dépenses du ménage ?
Oui
non
- 10- Si oui, dites comment ?
- 11 - Avez-vous des biens propres
oui
non
- 12- Si oui, dites en quoi consistent-ils
Champs
Concession
Animaux
- 13- Dites comment les avez-vous acquis
-Héritage
-Dot
-présents offerts par votre mari
-présents offerts par vos parents
-vos économies.

I4 - Qui subvient à vos besoins personnels (habillement, toilette etc...)

- vous même
- votre mari
- autre (précisez)

I5 - Participez-vous aux travaux champêtres ?

- Oui
- non

I6 - Si oui, dites comment.

	PREPARATION	DU CHAMP	LABOUR	SEMAILLES	SARCLAGE	RECOLTE
RIZ						
MIL						
ARACHIDE						
COTON						

LA SEXUALITE

- I - Les jeunes filles reçoivent-elles chez vous une éducation sexuelle
non : _____
oui : _____
- 2 - En quoi la contenance consiste-t-elle : _____
- 3 - qui la dispense : _____
- 4 - les rapports avant le mariage sont-ils :
- Tolérés : _____
- Condamnés : _____
- 5 - Les rapports sexuels entre fiancés sont - ils
- Tolérés : _____
- Condamnés : _____
- 6 - Vérifie t-on la virginité des filles au lendemain des noces.
oui en général _____
rarement _____
ne se pratique plus : _____
- 7 - Arrive t-il que la femme prenne l'initiative des rapports sexuels avec son mari :
oui : _____
non : _____
- 8 - Si non pourquoi ?
- pour la satisfaction personnelle _____
- pour hater une grossesse _____
- 9 - si non pourquoi ?
- ça ne procure aucune satisfaction personnelle _____
- par pudeur _____
- c'est au mari de prendre l'initiative _____
- par crainte d'une grossesse _____
- 10- Les femmes utilisent-elles chez vous de moyens pour se rendre plus désirables
- oui : _____
- non : _____
- II- Si oui, quels sont ces moyens ?
- 12 - En avez-vous utilisé personnellement?
- 13 - Arrive t-il aux femmes de donner à leur mari des produits aphrodisiaques
- Oui
- Non -
- 14 - Si oui quels sont ces produits ? _____
- 15 - L'impuissance du mari est-elle chez vous quelque chose de :
- Peu grave : _____
- Très grave : _____

.../...

- Avez-vous été excisée ? a quel âge ?
- Que pensez-vous de l'excision ?
- 17 - Y a t-il chez vous des moyens pour traiter l'impuissance ?
 - Oui
 - Non
- 18 - Si oui quels sont ces moyens ? _____
- 19 - Fréquence des rapports sexuels chez vous :
 - moins d'une fois par semaine
 - 1 à 3 fois par semaine
 - Plus de 3 fois par semaine.
- 20 - Selon vous, le plaisir **sexuel** est-il ?
 - très important
 - peu important
 - pas du tout important
- 21 - L'infidélité des maris est-elle :
 - très courante _____
 - peu courante _____
- 22 - L'infidélité des épouses est-elle chez vous :
 - très courante _____
 - Peu courante _____
- 23 - chez vous, les rapports se poursuivent-ils normalement pendant la grossesse ?
 - oui :
 - non :
- 24 - Si non pourquoi ?
- 25 - chez vous les rapports sexuels se poursuivent-ils normalement après la ménopause ?

LA REPRODUCTION

Nombre d'enfant.....Nombre d'enfants décédés.....causes du décès...

I - Pendant vos grossesses vous faites-vous suivre par un centre médical
(P.M.I.)

oui
non

2- Si non pourquoi ?

- il n'y a aucun de proche _____
- ce n'est pas nécessaire _____
- autres raisons (précisez)

3 - Avez-vous reçu des conseils pendant vos premières grossesses: _____

oui
non

4 - Si oui qui vous donne ces conseils? _____

5 - Quels étaient ces conseils? _____

6 - Comment ont lieu vos accouchements ?

- à domicile par une accoucheuse traditionnelle
- à domicile par une matrone ayant suivi un stage de formation
- à la maternité rurale la plus proche
- à la maternité de la ville la plus proche

7 - En moyenne chez vous, combien d'années s'écoulent entre 2 grossesses.

- 1 an _____
- 2 ans _____
- 3 ans _____
- + de 3 ans _____

8 - Intervalle idéal entre 2 grossesses.

9 - Les grossesses rapprochées sont-elles un danger pour la mère

oui _____
non _____

10- Si oui quel danger ?

11- Les grossesses rapprochées sont-elles un danger : _____
pour l'enfant :

oui _____
non _____

12- Si oui, quel danger ?

13 - La maladie appelée "sèrè" existe t-elle chez vous ?

oui
non

14 - Si oui, à quoi est-elle due _____

15 - Comment peut-on l'éviter ?

16 - Comment la soigne t-on chez vous ?

17 - Avez-vous des moyens de fixer la période qui s'écoule entre 2 grossesses consécutives ?

oui _____
non _____

18 - Si oui quels sont-ils ? _____

19 - En utilisez-vous personnellement

oui _____
non _____

20 - Lesquels utilisez-vous personnellement ? _____

21 - Votre mari a t-il eu à donner son avis dans votre choix ?

oui
non

22- Quelle est l'efficacité des moyens que vous utilisez ?

très efficaces
peu efficaces

23- Souhaiteriez-vous disposer de moyens ou de méthodes plus efficaces

oui
non

24- Si oui, avez-vous besoin de l'accord de votre mari pour utiliser une de ces méthodes.

oui : _____
non _____

25- Qui, selon vous est le mieux placé pour vous renseigner sur ces méthodes

- Un agent médico-social
- Une femme comme vous
- l'accoucheuse traditionnelle du village

26 - Quel est le meilleur moment à votre avis pour vous donner ces renseignements

27 - Selon vous, qui doit être renseigné en priorité sur ces méthodes.

- les jeunes filles avant le mariage
- les jeunes mariés
- les femmes qui ont déjà plusieurs enfants.

28- Les maris doivent-ils également être renseignés sur ces méthodes.

oui
non

L'ENFANT :

- Vos enfants sont-ils suivis à la P.M.I.
- I - A partir de quel âge introduisez-vous d'autres aliments dans l'alimentation de vos enfants ?
- avant 6 mois
 - entre 6 mois et I an
 - après I an.
- 2 - A quel âge sevez-vous votre enfant ,
- garçon
 - fille
- 3- chez vous quelle est la durée de l'abstinence sexuelle après I accouchement
- 40 jours
 - 3 mois
 - I an
- Jusqu'au sevrage du dernier né
- 4 - Souhaitez-vous avoir d'autres enfants
- oui
 - non
- 5 - Si oui, combien ? _____
- 6 - Si non pourquoi? _____
- 7 - Quel est selon vous le nombre idéal d'enfants pour une mère.
- 2 à 3 enfants
 - 4 à 5 enfants
 - 6 à IO enfants
 - plus de IO enfants.
- 8 - Selon vous, pour quelle raison un homme ou une femme souhaite t-il avoir des enfants
- perpetuer la lignée
 - avoir quelqu'un pour l'aider dans son travail
 - avoir I soutien pour ses vieux jours
 - autres raisons
- 9 - Lorsque vous avez eu votre premier enfant, avez-vous senti un changement dans votre statut dans votre situation ?
- oui
 - non
- IO- Si oui, en quoi a t-il consisté ce changement ?
- II - Pensez-vous que votre mari souhaite que vous ayez d'autres enfants
- oui
 - non
- I2- Si oui pourquoi ?
- I3- Si non pourquoi ?
- I4- Souhaiteriez-vous continuer d'avoir des enfants aussi longtemps que possible
- oui
 - non

- 15 - Si oui pourquoi ?
- 16 - Si non pourquoi ?
- 17 - Si non, à partir de quel âge pensez-vous qu'une grossesse n'est plus possible ?
- 18 - Si vous décidiez de ne plus avoir d'autres enfants, comment procéderiez-vous ?
- pratique de l'abstinence
 - utilisation d'une méthode contraceptive
- 19 - Si vous décidiez de ne plus avoir d'autres enfants et que votre mari ne soit pas d'accord, que feriez-vous ?
- vous vous soumettez sans discuter
 - vous essayez de le convaincre
 - vous vous passerez de son accord
- 20 - De vous et de votre mari, qui a le plus d'autorité sur les enfants ?
- les filles :
 - les garçons :
- vous _____
votre mari _____
tous les deux _____
- 21 - A quel âge les enfants commencent-ils à travailler chez vous ?
- les garçons :
 - les filles :
- 22 - Souhaiteriez-vous que vos enfants se livrent aux mêmes occupations que vous
- oui
 - non
- 23 - Si non quel métier souhaiteriez-vous que vos enfants exercent plus tard ?

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

- 1 - BELLONCLE G. et FOURNIER G. (1975)
Santé et développement en milieu rural africain,
Reflexions sur l'expérience Nigérienne-
Editions ouvrières, Paris , 1 vol, 236 pages.
- 2 - BALLIQUE H. (1978)
Premières reflexions sur le rôle des accoucheuses
traditionnelles et la possibilité d'une formation
visant à l'amélioration des pratiques traditionnelles-
document photocopié, 18 p, C F R S R Kolokani
- 3 - BARRY L.F.
Besoins médico-sociaux de l'enfant-
Semaine de la Santé, document photocopié, 6 pages
Bamako
- 4 - CRIVELLI P. (1950)
La Protection maternelle et infantile en milieu rural
Thèse Med , N°115, Paris
- 5 - CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (1976)
La Santé de la famille et de la communauté,
Edition St-Paul, château de Longchamp,
76 016 - Paris
- 6 - COULIBALY M. (1977)
Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire au
Mali -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine, Bamako.
- 7 - COULIBALY F (1977)
A la recherche d'une strategie de l'éducation pour la
santé en milieu rural au Mali
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine, Bamako.
- 8 - DEBROISE - BALLEREAU C. (1974)
Une approche de la santé dans la famille: La consul-
tation intégrée mère-enfants -
Enfant en milieu tropical, n°91, Paris.

- 9 - DIALLO A. (1974)
Formation des matrones traditionnelles au Mali -
Les maternités rurales -
Enfant en milieu tropical n° 94 PP 24 - 28
Paris -
- 10- DICKO I. (1975)
Contribution à l'organisation et à l'administration des
services de Santé maternelle et infantile dans la Région
de Bamako -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali,
Bamako.
- 11- DIWARA H. (1976)
Surveillance prénatale en PMI - Réalités socio-médicales,
Perspectives d'éducation sanitaire -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali, Bamako
- 12- DRAME T. (1976)
Kwashiorkor hospitalier à Bamako :
Causes et cliniques à propos de 280 cas.
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali, Bamako
- 13- HOLEMANS K. (1960)
Contribution à la protection maternelle et infantile en
milieu rural de Kwango-
Academie Royale des Sciences d'Outre-Mer (fasc.I),
283 pages, TX - Bruxelles -
- 14- KEITA B. (1975)
Les stérilités à Bamako- Limites du bilan et causes-
à propos de 248 dossiers
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali, Bamako
- 15- LAPLANTE A., SAMAKE F. (1976)
Le Projet pilote du Mali
Afrique Médicale n°137, PP : I20 - I23 -

.../...

- I6 - LOUME M. (1977)
Contribution à la promotion sanitaire en milieu rural Sénégalais
l'exemple du poste missionnaire de Santé de Guinguinéo.
Thèse Med., Faculté de Médecine et de Pharmacie - Dakar -
- I7 - LOCKO M. (1979)
Promotion de soins de santé maternelle et infantile en République
Populaire du Congo-
Approche de soins de santé primaires.
Mémoire n°113, Institut de Santé Publique de Cotonou, Bénin.
- I8 - MOUASSAD A. (1967)
Protection maternelle et infantile en France et les possibilités
d'adaptation dans les pays sous-développés -
Thèse Med., N°22 , Paris
- I9 - MAIGA Z. (1975)
Etude clinique et bactériologique des diarrhées microbiennes
infantiles à Bamako -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali, Bamako
- 20 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (1976)
- Division de la Santé Familiale
Description de la situation de la Santé Fami-
liale au Mali -
Document photocopié, 12 p, Bamako-Mali.
- 21 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (1976)
Objectifs éducationnels indiquant le profil de la matrone rurale
Projet MAI/SHS/OI - Mali, doc.p photocopié 3p, Bamako
- 22 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (1976)
Description des tâches de la matrone rurale-
Projet MAI/SHS/O1 - Mali doc.p photocopié 3 p, Bamako
- 23 - MINISTERE DU PLAN- BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT (1976)
Recensement général de la population du Mali du 1er au 16 Décem-
bre - Résultats provisoires - Bamako -

- 24 - MAIGA M. (1977)
Contribution des activités de planification familiale à l'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali.
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali - BAMAKO -
- 25 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (1978)
Deuxième seminaire national de la Santé Publique et des Affaires Sociales du 13 au 15 novembre -
Document photocopié, BAMAKO
- 26 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (1978)
Infrastructure sanitaire du Mali - 1978
BAMAKO.
- 27 - MAIGA M. (1979)
Place de l'accoucheuse traditionnelle de village dans les services de Santé maternelle et infantile-
Expériences de la Région de Sikasso.
Mémoire n°112, Institut de Santé Publique de Cotonou, ~~TOGO~~ BENIN
- 28 - NASAH. B., MRCOG (1976)
La surveillance prénatale, post natale et l'accouchement -
Enfant en milieu tropical , n°105, PARIS-
- 29 - O.M.S. (1968)
Le service de Santé local -
Serie de Rapport technique n°499 - GENEVE
- 30 - O.M.S. (1968)
Système pour augmenter la couverture des services de santé dans les zones rurales -
Boletín de la oficina sanitaria - Panamericana
N°1 - pp I - 58 - WASHINGTON
- 31 - O.M.S. (1969)
Organisation et administration des services de Protection maternelle et infantile -
Serie de rapport technique n°428 - GENEVE -

- 32 - O.M.S (1972)
Organisation des Services Sanitaires aux échelons local et inter-
médiaire -
Serie de Rapport technique N°499, GENEVE -
- 33 - O.M.S (1976)
L'agent de santé communautaire
Document IMD/74- 5 - GENEVE
- 34 - O.M.S (1977)
Le Comité de Santé de Village
Chronique OMS N°31, p 6 33I-340 -GENEVE -
- 35 - O.M.S (1977)
Programme national de Santé Familiale au Mali
AFR/PHA/I70
Bureau Régional pour l'Afrique - Brazzaville -
- 36 - O.M.S. (1978)
Les soins de Santé primaires - Alma-Ata-
Rapport conjoint OMS-FISE - GENEVE -
- 37 - O.M.S. (1978)
Profil de pays
Bureau de coordination des programmes de l'O.M.S.à Bamako
Document photocopié - 96 p - BAMAKO -
- 38 - QUENEM A. (1965)
L'éducation sanitaire en Afrique -
Genève, 7 p. Vol.8
Tiré à part de la revue internationale de la Santé n° 2
- 39 - QUENEM A. (1969)
Les problèmes de santé publique en Afrique -
Document photocopié 28 cm, 8 p - LIBREVILLE -
- 40 - RICHARD R (1969)
Les problèmes de santé des mères-
Seminaire sur l'organisation et administration des services de
Protection maternelle et infantile -
Document photocopié, 7 p, 10-20 Novembre, BRAZZAVILLE -

- 41 - RAIMBAULT A (1971)
Vers la Santé par l'éducation -
Enfant en milieu tropical n°74 - pp 12-20.
Paris.
- 42 - SENEGAL - J - (1963)
Tâches et buts de la P.M.I. en Afrique -
Enfant en milieu tropical n°9- pp 3 - 10
Paris
- 43 - SIDIBE M. (1976)
Approche des problèmes nutritionnels en zone rurale -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali
Bamako-
- 44 - SUZINEAU E (1976)
Condition de vie, d'hygiène et se Santé de la femme dans
3 villages de la Région de Bamako (MALI)
Thèse Med., Faculté de Medecine de Marseille, France.
- 45 - TRAORE - A - (1976)
Les urgences obstétricales du milieu rural dans la Région
de Bamako -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali, Bamako
- 46 - TRAORE M (1978)
Participation de la population à l'autosuffisance dans le
domaine sanitaire -
Thèse Med., Ecole Nationale de Medecine du Mali, Bamako
-

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

