

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

— DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE —  
PROMOTION ET PROTECTION SANITAIRES  
AU MALI 76-11-1

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 1976  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Mme DIANE née Fatimata Sambou DIABATE

née le 10 janvier 1950 à Nioro (du Sahel)

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Examineurs de la Thèse:

Professeur Comlan A. A. QUENUM..... Président

Professeur Bocar SALL .....

Docteur Salif FOMBA .....

Docteur Hubert BALIQUE .....

} Juges

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

---

ANNEE ACADEMIQUE 1975-1976

---

Directeur général : Professeur Aliou BA  
Directeur général adjoint : Professeur Bocar SALL  
Secrétaire général : Monsieur Amadou Déka DIABATE  
Conseiller technique : Professeur Agr. Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

---

Professeurs :

- Claude RICHIER : Anatomie-Pathologie, Bordeaux
- Yves MILLER : Physiologie, Marseille
- Bernard BLANC : Gynéco-Obstétrique, Marseille
- Michel QUILICI : Immunologie, Marseille
- François MIRANDA : Biochimie, Marseille
- Oumar SYLLA : Chimie organique, Dakar
- Hubert GIONO-BARBER : Anatomie-Physiologie humaines, Dakar
- Jacques SAUREL : Histologie, Bordeaux
- François ROUX : Biophysique, Marseille
- Gérard TOURAME : Psychiatrie, Marseille
- Amy DOMINIQUE : Radiologie, Marseille

## PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

---

### Professeurs :

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| - Aliou BA           | - Ophtalmologie                     |
| - Bocar SALL         | - Orthopédie-Traumatologie-Anatomie |
| - Dédéou SIMAGA      | - Chirurgie générale                |
| - Mamadou DEMBELE    | - Chirurgie générale                |
| - Mohamed TOURE      | - Pédiatrie                         |
| - Souleymane SANGARE | - Pneumo-phtisiologie               |
| - Mamadou KOUMARE    | - Matières médicales                |
| - Pierre St-ANDRE    | - Dermato-Vénérologie-Léprologie    |
| - Philippe RANQUE    | - Parasitologie-Biologie végétale   |
| - Bernard DUFLO      | - Thérapeutique                     |

## ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUES

---

### Docteurs :

- |                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| - Faran SAMAKE          | - Neurologie                    |
| - Aly GUINDO            | - Sémiologie digestive          |
| - Cheick SIDIBE         | - Sémiologie digestive          |
| - Abdoulaye Ag-RHALY    | - Sémiologie rénale             |
| - Yaya FOFANA           | - Microbiologie                 |
| - Moctar DIOP           | - Sémiologie chirurgicale       |
| - Balla COULIBALY       | - Pédiatrie-Médecine du Travail |
| - Bénitiéni FOFANA      | - Obstétrique                   |
| - Mamadou-Lamine TRAORE | - Obstétrique-Médecine légale   |
| - Boubacar CISSE        | - Dermatologie                  |
| - Yacouba COULIBALY     | - Stomatologie                  |
| - Sidi Yaya SIMAGA      | - Santé publique                |

## PROFESSEUR ASSISTANT

---

- Docteur Souleymane DIA - Chimie minérale et analytique

## CHARGES DE COURS

---

### Docteurs :

- Diénébou DOUMBIA - Chimie générale, minérale et organ.
- L. AVRAMOV - Sémiologie générale
- Christian DULAT - Microbiologie
- Patrick DEFONTAINE - Anesthésie-Réanimation
- Marie-Colette DEFONTAINE - Gynécologie-Hématologie
- Emile LOREAL - O. R. L.
- SCHLECHT - Pathologie digestive
- Abdoulaye DIALLO - Pharmacologie
- Gérard TRUSCHEL - Anatomie-Traumatologie
- GIRAUDEAU - Sémiologie chirurgicale
- Christian MAILLOUX - Sémiologie cardio-vasculaire
- DUCAM - Pathologie cardio-vasculaire
- Boukassoum HAIDARA - Galénique-Chimie organique
- Elisabeth ASTORQUIZA - Epidémiologie
- Hubert BALIQUE - Santé publique

### Professeurs :

- Tiémoko MALLET - Mathématiques
- Mamadou GUISSÉ - Mathématiques
- A. Baba TOURE - Physique-Chimie générale
- Oumar COULIBALY - Chimie organique
- N'Golo DIARRA - Botanique
- Ibrahim TOURE - Physique
- Lassana KEITA - Physique
- Alassane Cisse - Biologie végétale-Physiologie générale-Cryptogamie

Mesdames :

- Keita (Oulématou) BA - Biologie animale
- Cissé (Fatoumata) DIALLO - Travaux pratiques de chimie

Monsieur

- S. P. WONG - Hygiène du milieu

JE DEDIE CE MODESTE TRAVAIL

A TOUTES LES POPULATIONS RURALES DU TIERS MONDE

Qui comme celles du Mali  
Luttent de toutes leurs forces pour  
L'amélioration de leur sort.

A MON MARI

Ce travail est aussi le tien. Sa réalisation nous a demandé des sacrifices dont la plus grande part te revient.

Aussi, pour tes conseils, ton soutien moral et tes encouragements, tu vois ici, l'expression de mon profond et indéfectible amour.

#### A MON REGRETTE PERE

Tu es mort alors que j'étais loin de toi.  
Ta vie a été pour moi un exemple du don de soi.  
Je suivrai tes pas.

#### A MA MERE

Toi qui as su malgré les longues et pénibles années  
de maladie de mon père, et au prix de beaucoup de  
sacrifices assurer à tes enfants d'avoir la meilleure  
éducation possible, sois assurée de ma reconnaissance  
et de mon amour filial.  
Tu demeures pour moi un modèle dans la vie.

#### A MES FRERES ET SOEURS

En témoignage d'affection et en remerciement pour le  
réconfort que votre présence n'a cessé de m'apporter  
pendant mes années d'études.

A MES REGRETTES ONCLE TREKORO ET DEMBA BOMBOTE  
ET A MA TANTE BANTANDJAN DIABATE

Que vos âmes reposent en paix !

A MES AMIES

Mme Bonnaire née Assitan Traoré,  
Mme Tall née Kamissa Dembelé,  
Mme Mariam Cissoko,  
Mlle Setou Sidibé,

Mes plus sincères sentiments d'amitié.

A PAPA BARUM DIOP ET SA FAMILLE

Pour votre soutien moral en une pénible période.  
Toute ma reconnaissance.

A TOUS MES COUSINS ET COUSINES

A MES TANTES ET ONCLES

A MES BELLES SOEURS ET BEAUX FRERES

A MES NEVEUX ET NIECES

A TOUTE MA FAMILLE ET A CELLE DE MON MARI

A MES COLLEGUES DE PROMOTION

Mamadou Sidibé,  
Adama Koné

Moussa Mal'ga  
Makaisiré Hanguiné

En souvenir de notre agréable et très utile séjour à Massantola.

Mlle Hadizatou Traoré  
Mlle Hafsatou Diallo  
Tidiani Drame  
Mamadou Soumano  
Filifing Sissoko  
Alhousseyni Ag Mohamed  
Bakary Pleah

Amadou Touré  
Demba Sissoko  
Philippe Auguste Dembelé  
Sanoussi Nanacassé  
Yeya Issa Maiga  
Bongou Sissoko

En témoignage de la fraternité estudiantine, veuillez  
trouver ici, l'expression de mes sentiments amicaux.

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'ECOLE DE MEDECINE

Courage et succès.

AU PRESIDENT DE NOTRE JURY

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

Pour avoir bien voulu proposer le sujet de cette thèse  
et accepter de présider à sa soutenance,

Pour avoir si généreusement mis à la disposition des  
étudiants maliens, les ressources tant matérielles  
qu'humaines du Bureau régional pour l'Afrique  
que vous dirigez avec tant d'autorité et de prestige,

Veillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Bocar Sall  
Directeur général adjoint de l'Ecole nationale de Médecine et  
de Pharmacie

En remerciement pour l'honneur que vous me faites en  
acceptant de juger ce modeste travail.

Hommage respectueux.

Monsieur le Docteur Salif Fomba

Je suis heureuse de vous compter parmi les membres de  
mon jury.

Soyez en remercié.

Monsieur le Docteur Hubert Balique

J'ai trouvé auprès de vous une précieuse assistance pour  
l'élaboration de ce travail grâce à vos profondes connaissances  
en santé publique.

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

AU DIRECTEUR DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE DE BAMAKO

Vous avez connu les difficultés d'une école à ses débuts  
mais, en union avec vos collaborateurs, vous avez pu grâce  
à votre foi indomptable et à votre persévérance, franchir  
tous les obstacles.

Profonde gratitude.

A TOUS LES MEMBRES DU CORPS PROFESSORAL  
DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE

Pour leur enseignement clair, direct, toujours renouvelé  
et emprunt d'une grande bonté.

Qu'ils en soient remerciés.

Et particulièrement

A MON REGRETTE MAITRE JEAN JACQUES LEVEUF

Affectueuses pensées.

A TOUT LE PERSONNEL DE L'ECOLE DE MEDECINE  
A TOUT LE PERSONNEL DE LA DIVISION DU DEVELOPPEMENT  
COMMUNAUTAIRE A LA DIRECTION DES AFFAIRES SOCIALES

Sincères remerciements.

AU PERSONNEL DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE  
ET PARTICULIEREMENT

- Mr Arnold Wilson : Ingénieur sanitaire

Quand on vous a connu on ne peut qu'admirer vos grandes qualités humaines. Et, si j'en ai souvent abusé, c'est pour qu'à mon tour, je puisse me donner aux autres.

Pour toute l'aide que vous m'avez apportée, pour la sympathie que vous m'avez témoignée tout au long de ce travail, tous mes remerciements et l'assurance de ma gratitude.

- Dr A. Geller  
- Mr N'Koumou-Wood  
- Mlle H. Jakubowska

Profonds sentiments de reconnaissance.

- Mme Ouedrago née Aminata Kiello  
- Mlle Rona S. Nabeta  
- Mr Roger A. Ilabor et sa famille  
- Mr Mankou Eugène et sa famille

Qui lors de mon séjour à Brazzaville, m'ont accordé leur attention et m'ont témoigné leur sympathie.

Sincères remerciements.

- Mlle Peindzi Lucie  
- Mr Etienne Koussounga  
- Mr Stephen Datsomor  
- Mlle M'Banzoulou Emilie

En témoignage de ma sympathie.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION .....	1
2. SANTE PUBLIQUE ET DEVELOPPEMENT .....	5
2.1 Considérations générales .....	6
2.2 Développement communautaire .....	10
2.3 Animation rurale .....	12
3. LE MALI - CARACTERISTIQUES .....	14
3.1 Caractéristiques .....	15
3.2 Organisation administrative .....	19
3.3 Principales ethnies .....	19
3.4 Taux de scolarisation .....	20
3.5 Economie .....	20
3.6 Situation sanitaire .....	22
3.6.1 Morbidité et mortalité .....	22
3.6.2 Infrastructure sanitaire .....	25
3.6.3 Etablissements de formation .....	27

	<u>Pages</u>
4. STRATEGIE EN VUE DU DEVELOPPEMENT .....	31
4.1 Intervention sur le plan agricole .....	32
4.2 Alphasbétisation fonctionnelle .....	35
4.2.1 Objectifs .....	35
4.2.2 Aspects sanitaires .....	38
4.3 Nouvelle orientation de l'action gouvernementale - Développement communautaire .....	38
4.3.1 Organisation et orientation .....	40
4.3.2 Centres de développement communautaire ....	43
4.3.3 Articulation sur le plan local .....	44
4.3.4 Centre national de formation pour le développement communautaire .....	52
5. EXPERIENCE PERSONNELLE DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DANS L'ARRONDISSEMENT DE MASSANTOLA .....	54
5.1 Principales caractéristiques .....	55
5.1.1 Géographie .....	55
5.1.2 Démographie .....	58
5.1.3 Organisation sociale .....	60
5.1.4 Ressources .....	61
5.1.5 Education .....	63
5.1.6 Infrastructure sanitaire .....	63

	<u>Pages</u>
5.2	Expérience de développement communautaire ..... 65
5.3	Economie ..... 67
5.3.1	Agriculture ..... 67
5.3.2	Elevage ..... 68
5.3.3	Autres activités ..... 69
5.4	Santé ..... 70
5.4.1	Problèmes sanitaires ..... 70
5.4.2	Réorganisation du système sanitaire ..... 71
5.4.2.1	Village ..... 71
5.4.2.2	Secteur de base ..... 75
5.4.2.3	Arrondissement ..... 76
5.5	Education ..... 77
6.	ANALYSE DE LA SITUATION ..... 79
6.1	Ministère de tutelle ..... 80
6.2	Centres de développement communautaires ..... 81
6.3	Comités d'action et Groupes d'animation ..... 83

	<u>Pages</u>
7. QUELQUES SUGGESTIONS POUR L'AVENIR .....	85
7.1 Planification et intégration des activités plurisectorielles .....	86
7.2 Priorité à la production .....	86
7.3 Transformation de l'environnement rural .....	88
7.3.1 Formation du personnel d'encadrement .....	88
7.3.2 Education des masses .....	89
7.3.3 Amélioration de l'habitat .....	89
7.3.4 Organisation sanitaire .....	90
8. CONCLUSIONS .....	91
BIBLIOGRAPHIE .....	93

1. INTRODUCTION

L'accélération de l'histoire, l'explosion des connaissances, la multiplication des moyens de communications, principales caractéristiques de notre époque font que chaque citoyen désire avoir un accès immédiat aux bénéfices de tous ordres résultant de la civilisation technologique. Les majorités déshéritées sont de moins en moins silencieuses et réclament avec instance leur juste part de la richesse nationale.

Les gouvernements doivent donc de plus en plus diriger leurs activités vers l'amélioration du sort de leurs populations et surtout des plus déshéritées, notamment celles vivant en zones rurales et dans les zones péri-urbaines. Un standard de vie plus élevé, des salaires convenables, des soins adéquats pour tous, une dépendance moindre de l'étranger, deviennent désormais les préoccupations journalières de tous les gouvernements. Ceci s'avère indispensable pour les pauvres, confrontés souvent à des conditions naturelles défavorables, ne bénéficiant ni d'une hygiène du milieu et ni d'une éducation sanitaire appropriée. Les populations rurales sont particulièrement exposées aux dangers en provenance du milieu<sup>1</sup>.

La politique s'oriente décidément vers l'économie, c'est-à-dire vers l'organisation rationnelle et efficace des ressources des collectivités nationales, bref vers le développement qui permettra aux Etats de satisfaire les aspirations légitimes de leur peuple.

Le développement a pris une telle importance que sur le plan mondial, il sert de critère de classification des pays. On distingue : les pays industrialisés dits développés, et ceux sous-équipés ou insuffisamment équipés. Cette classification est loin d'être arbitraire, car elle recèle des réalités saisissantes. En effet, par exemple, la moitié de la population mondiale est sous-alimentée, alors que le sixième produit et consomme les deux tiers de la production mondiale. Cette moitié est constituée précisément par les pays sous-développés insuffisamment équipés : Le tiers-monde, dont la plus large partie de l'Afrique, en font partie; et le Mali est inclus. Pour la majorité de ces pays, les tâches de développement sont énormes, compte tenu d'une

---

<sup>1</sup> OMS (1976) - Cahiers Techniques AFRO No.7

conjoncture internationale défavorable, souvent de la précarité des ressources naturelles, d'une natalité galopante, et aussi de la pénurie des cadres expérimentés. Une planification intelligente devient une nécessité, l'instrument indispensable du développement. Selon Malick Sène "cet objectif ne peut être laissé au hasard, à des forces spontanées, à des initiatives désordonnées. Il n'est pas possible non plus d'entreprendre simultanément toutes les actions nécessaires, qu'il s'agisse d'initiatives nationales ou d'initiatives nationales ou d'initiatives émergeant des populations, d'actions urgentes et moins urgentes, le tout doit être serti dans un processus permanent de planification mûrement réfléchi. Mais, si le développement est basé sur l'économie, sa finalité c'est l'homme et ses multiples besoins". "A cet égard, se développer, c'est vaincre la nature et transformer l'homme, c'est arriver avec des ressources rares à éliminer la misère, l'ignorance, la maladie, afin d'accéder à la dignité de l'existence. Se développer s'est s'engager résolument dans la voie de l'organisation technique et spirituelle par l'intelligence et le coeur<sup>1</sup>".

Voilà pourquoi le développement doit concerner tous les secteurs de la vie nationale et en particulier le secteur médico-social.

Les structures administratives hautement centralisées, ont souvent conduit les responsables nationaux à une planification de type vertical à laquelle la périphérie n'a pas toujours participé; et qui de surcroît, donne la priorité aux secteurs urbains. Cependant, les Etats sont soucieux du développement global et désirent que leur planification soit un instrument de justice et d'harmonie sociale.

Dès lors, de plus en plus, ils ont recours aussi à une planification horizontale où les populations intéressées, surtout celles des zones rurales, prennent une part active, notamment en ce qui concerne la satisfaction des besoins prioritaires principalement avec les ressources locales.

Ceci naturellement s'applique aux problèmes de santé qui sont fondamentaux pour le bien-être et la productivité des populations. Ces dernières ont besoin d'être informées, motivées, guidées et encadrées pour pouvoir parti-

---

<sup>1</sup> OMS (1976) - Cahiers Techniques AFRO No.7

ciper efficacement à l'effort qui est attendu d'elles, en vue d'atteindre un développement harmonieux où tous les secteurs qui influencent la promotion et la protection sanitaire auront été dûment pris en considération. D'où la nécessité d'une approche multisectorielle du développement où les techniques d'animation, de participation, de développement communautaire seront largement employées.

Au cours de cet exposé, on s'efforcera de montrer que les progrès sanitaires, surtout en zones rurales, sont inséparables de ceux des autres secteurs de développement tels que l'agriculture, l'éducation, les travaux publics, la planification économique, etc, et, on analysera la place de l'action sanitaire dans le développement communautaire dans l'expérience malienne.

2. SANTE PUBLIQUE ET DEVELOPPEMENT

## 2.1 Considérations générales

La santé est de plus en plus considérée comme l'une des valeurs clés sur lesquelles est axée la vie de l'homme moderne. L'OMS en donne la définition qui pourrait paraître à beaucoup trop ambitieuse : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale". Cependant, cette définition devrait passer dans les faits si l'on veut un monde meilleur, plus juste avec un développement harmonieux social, culturel et économique, avec le bien-être de l'homme, de la collectivité humaine comme finalité.

L'organisation des services complets de santé pour tous au niveau national est une des obligations des Etats et du ressort des ministères de santé publique. Ces derniers agissent par l'intermédiaire d'un système complexe et coûteux et dispensent des soins préventifs et curatifs, qui exigent un personnel spécialisé et nombreux. Vu le niveau économique des pays de la Région africaine, l'Etat, dans la mesure de ses possibilités, est obligé d'envisager la gratuité de la majorité des prestations sanitaires. Il devient évident que faire fonctionner dans ces conditions des hôpitaux, protéger la population par l'organisation de programme d'immunisation, promouvoir l'hygiène du milieu, former le personnel nécessaire tout en assurant l'éducation sanitaire des populations, est une tâche écrasante pour les économies fragiles des pays de notre Région.

Aussi, en général, seules les zones urbaines et en particulier les capitales et les principales villes bénéficient des meilleures prestations sanitaires disponibles sur le plan national. Les petites villes, les localités éloignées et la presque totalité des campagnes et des zones rurales n'ont accès qu'à des attentions sporadiques ou épisodiques, notamment par le truchement de campagnes de masse de vaccinations ou de dépistage, dont l'utilité reste cependant indéniable.

Dès lors, l'amélioration générale du niveau de santé ne peut être obtenue uniquement par ces méthodes qui conviennent à d'autres pays ayant une infrastructure économique-sanitaire beaucoup plus forte et qui de surcroît ne sont exposés aux maladies propres à notre Région ou liées à son état de sous-développement économique sanitaire et social.

Il faut donc faire appel à d'autres concepts qui postulent des attitudes et des comportements radicalement différents : au lieu d'attendre que tout vienne uniquement de l'échelon central, les populations assument leurs destinées, décident d'améliorer leurs conditions d'existence, leur état de santé, au niveau même de leurs différentes communautés et à partir des ressources locales, sans pour autant négliger les apports extérieurs.

Dans cette optique, la santé ne peut plus être considérée comme un objectif isolé, elle est étroitement tributaire du contexte socio-économique qui conditionne l'existence des populations.

Il importe de noter aussi que de nombreux problèmes sanitaires ne peuvent trouver de solution uniquement par des actions strictement médicales. Par exemple, pour que les conditions actuelles de l'hygiène, qui imposent aux populations une pathologie extrêmement lourde, puissent s'améliorer, il est nécessaire d'introduire d'autres considérations qui ne sont pas exclusivement d'ordre médical, mais qui s'adressent aussi à l'environnement, aux conditions de vie et au comportement de chacun dans le cadre de la collectivité. En effet, ces conditions d'hygiène sont liées au pouvoir économique, il est donc difficile que celles-ci s'améliorent alors que celui-là n'augmente pas.

Selon le Dr B. R. Sun<sup>1</sup> "Le retard des zones rurales est non seulement la cause de leur pauvreté mais aussi d'une grande partie des infections débilitantes qui affligent leurs populations. Une augmentation substantielle du niveau de vie ne pourra donc être obtenue que par une offensive concertée contre les facteurs du retard des zones rurales".

---

<sup>1</sup> OMS Cahiers Techniques AFRO No.7

On arrive donc à concevoir que l'état sanitaire peut s'améliorer notablement sous l'effet d'activités s'exerçant en dehors du domaine strictement médical tels que alimentation et nutrition, éducation, logement, environnement, communications, etc. Les responsables nationaux sont donc en droit de se demander parfois s'il ne vaudrait pas mieux donner la priorité aux actions de développement sur celles de la santé, compte tenu de l'importance et de l'impact des premières sur les individus et les collectivités.

Ainsi, la santé a besoin de l'agriculture qui représente le fondement de l'économie dans les pays africains. Elle augmente le pouvoir d'achat du paysan, lui permet d'améliorer ses conditions de vie, d'hygiène, de nourriture, etc. et, partant, de mieux se soigner. L'agriculture moderne introduit des méthodes nouvelles qui diminuent la fatigue physique tout en augmentant la productivité; elle introduit des cultures nouvelles dont certaines sont capitales si l'on veut améliorer l'état nutritionnel de la population (légumes, fruits, etc.).

L'élevage de son côté représente une activité économique importante dans beaucoup de pays dont il constitue une ressource non négligeable. Il permet d'améliorer la qualité du régime alimentaire grâce au lait et à la viande qu'il procure. La pêche est une autre source importante de protéines.

Quant à l'hydraulique, elle fournit à la population une eau suffisante en quantité et acceptable en qualité, elle permet d'améliorer le jardinage et les cultures grâce aux travaux de drainage et d'irrigation.

L'industrie est une source importante de revenus. Elle permet de transformer les matières premières en produits industriels de première nécessité et, par là, diminue les importations et favorise les exportations; ceci permet aux Etats d'équilibrer leur balance commerciale et de dégager des ressources appréciables pour les investissements d'infrastructure. En utilisant la main d'oeuvre locale, donc capital humain, elle devient un frein à l'expatriation des travailleurs.

La santé a besoin de l'éducation pour former ses cadres (médecins, infirmiers d'état, sages-femmes, agents d'assainissement, infirmiers du premier cycle, administrateurs sanitaires, aides soignantes et matrones, etc.), mais aussi pour assurer l'éducation sanitaire des masses. Un autre aspect de la formation est le recyclage pour mieux préparer les cadres sanitaires à la mise en oeuvre des principes de santé publique. Multidisciplinaire, ce recyclage permet aux diverses catégories des personnels participant aux actions de développement, de mieux collaborer et de mieux coordonner ces activités.

Ces inter-relations entre la santé et le développement ont des effets qui ne sont pas toujours bénéfiques. Ainsi, la pollution de l'air et de l'eau par les industries, la concentration des populations dans les grandes villes favorisent l'éclosion des maladies, provoquent des stress chez les populations semi-rurales émigrées en ville; de plus, on constate chez certains vecteurs une résistance due à un usage inconsidéré d'insecticides à des fins agricoles.

Comme le dit si bien le Professeur Comlan A. A. Quenum, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique<sup>1</sup>, "Les progrès de la science et de la technologie apportent certains bienfaits mais aussi des problèmes nouveaux, notamment les effets nocifs pour la santé de certaines activités économiques : production d'alcool, pollution industrielle de l'air et de l'eau. Il en est de même dans les pays tropicaux et sous-développés où la construction de barrages pour lutter contre les inondations, pour l'exploitation de l'énergie hydro-électrique et pour emmagasiner l'eau pour l'irrigation et la construction de routes neuves peuvent être plus nuisibles que salutaires à la collectivité, car, les fosses laissées par le prélèvement de la terre et des pierres fournissent d'excellents gîtes larvaires aux moustiques vecteurs de paludisme, et aux mollusques".

On peut donc affirmer qu'il n'y a pas d'activité humaine qui n'ait d'implications sanitaires favorables et défavorables à la fois.

---

<sup>1</sup> Quenum, C.A.A. (1966) en Santé et Economie

Si le progrès socio-économique bien compris peut influencer favorablement sur le niveau sanitaire des populations, le maintien, la protection et le développement de la santé ont un impact considérable sur tous les autres secteurs de l'activité de l'homme.

En effet, il n'y a pas de croissance économique régulière sans productivité soutenue, or aucun pays ne peut maintenir un niveau élevé de productivité si sa population est accablée de maladies. Dans une économie africaine à prédominance essentiellement agricole, la qualité de la main d'oeuvre est importante. Or, la malnutrition, les maladies infectieuses et parasitaires mettent l'homme dans un état permanent de faiblesse physique et partant réduisant son efficacité même si cet homme n'a pas conscience d'être malade. Ce même médiocre état de santé entraîne de mauvais résultats scolaires chez les enfants et une assimilation insuffisante des techniques introduites grâce par exemple à des programmes d'extension de l'agriculture et du développement communautaire.

"Il est clair que l'Afrique ne peut espérer sortir du sous-développement qu'en s'appuyant sur les ressources humaines dont elle dispose en abondance. La qualité de cette main d'oeuvre dépend en dernière analyse de l'état de santé des populations<sup>1</sup>". Une population malade soumise aux épidémies au moment des semailles ou souffrant du paludisme alors qu'il faut récolter, une population anémique et parasitée ne peut espérer un développement économique efficace. Les rapports étroits entre la santé et le développement posent tout de suite le problème du choix de la stratégie la mieux adaptée aux conditions locales. La réponse a été donnée par beaucoup de pays en développement, à économie faible basée sur l'agriculture : c'est le développement communautaire avec comme fer de lance, l'animation rurale.

## 2.2 Développement communautaire - Animation rurale

Le développement est selon Defever<sup>2</sup> "un processus soigneusement planifié de changement... pour le meilleur ou pour le pire".

---

<sup>1</sup> OMS, Cahiers Technique AFRO No.1

<sup>2</sup> Michel Bovay (1976) La communication au service du développement. Division de l'information, OMS.

Fuglesang énonce dans le même document "Le développement peut être mesuré en fonction du degré de maîtrise qu'une société exerce sur son environnement. Il peut l'être aussi en fonction du degré d'adaptation d'une société à son environnement. Ces deux propositions ne diffèrent que dans l'approche psychologique de la vie".

Le développement communautaire qui n'est qu'un aspect du concept global de développement, a été défini par les Nations Unies de la manière suivante :

"L'expression développement communautaire est entrée dans le langage international pour désigner l'ensemble des procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics en vue d'améliorer la situation économique, sociale et culturelle des collectivités, d'associer ces collectivités à la vie de la nation et de leur permettre de contribuer sans réserve aux progrès du pays".

Ces procédés supposent deux conditions :

- Les habitants participent activement aux efforts entrepris, en vue d'améliorer leur niveau de vie et ces efforts sont laissés dans toute la mesure du possible à leur propre initiative.
- Des services techniques sont fournis en vue de favoriser et de rendre plus efficaces l'initiative, les efforts personnels et l'aide mutuelle.

Mais en fait, il n'existe aucune formule toute faite. A chaque pays, à chaque type d'organisation administrative correspondent plusieurs façon de structurer le développement communautaire. Dans tous les cas, c'est une stratégie de développement qui tend à regrouper tous les éléments indispensables en une action commune qui doit amener les populations rurales à participer avec les spécialistes au développement de leurs propres collectivités et partant à celui de la nation toute entière.

Le développement communautaire, considère qu'il n'y a pas un développement économique, un développement social, un développement sanitaire, mais

un seul et unique développement. Il suppose la pluridisciplinarité pour élaborer les programmes d'action, et intégrer tous les plans spécialisés en un et unique plan de développement. Il affirme qu'il ne peut y avoir de développement si la population n'y participe pas. Cette participation qui peut ne pas être spontanée, nécessite très souvent une action persévérante de motivation par l'animation rurale, et autres structures politiques, administratives et sociales.

### 2.3 Animation rurale

C'est une action générale de formation, de sensibilisation, de motivation et de mobilisation des masses paysannes par l'éducation, l'exemple, un encadrement et une assistance appropriés, elle se propose d'amener les populations qui vivent d'une agriculture de subsistance en marge du progrès et des circuits économiques, à mieux s'organiser pour améliorer collectivement grâce à un effort volontaire, planifié et concerté, leur productivité, leur pouvoir d'achat, donc leurs conditions générales de vie et de santé.

Très souvent l'animation rurale fait partie des programmes d'Etats et ses activités se réalisent avec l'aide et sous l'égide d'un département au service de développement rural, relevant du ministère de l'agriculture. Parfois, c'est un programme conjoint qui est mis en oeuvre avec le concours de plusieurs départements ministériels. Dans certains pays, c'est le volet éducation et formation qui a le pas; et dans ce cas, ce sont les services d'éducation, de propagande et d'alphabétisation qui se voient confier l'animation des zones rurales en vue de leur développement.

L'animation rurale se propose donc d'aider à intégrer toutes les activités visant à un développement global du village, avec la participation effective de ses habitants. Son objectif final est de redonner vie aux campagnes pour qu'elles puissent s'insérer dans le circuit économique national et y jouer le rôle important qui est le leur.

Dans cette optique, elle s'appuie sur les populations intéressées et les aide :

- à mieux connaître et identifier leurs problèmes et besoins;
- à fixer des buts et méthodes en fonction des problèmes et des ressources disponibles;
- à s'organiser collectivement, pour atteindre les objectifs fixés.

L'animation rurale présuppose d'apporter un appui technologique, scientifique et pratique aux intéressés. Elle se fonde nécessairement sur la connaissance du milieu, de ses traditions, de ses pratiques culturelles et de ses techniques. Elle vise, grâce à l'établissement d'un dialogue continu et utile et grâce à une éducation adaptée à favoriser la prise en charge effective par les villageois, de leur intérêts. Ainsi, ils pourront analyser leurs problèmes, planifier l'action, la mettre en oeuvre et l'évaluer, le but final de cette action étant l'auto-encadrement.

3. LE MALI - CARACTERISTIQUES

### 3.1 Caractéristiques

Le Mali est un pays sahélo-soudanien de 1 240 000 km<sup>2</sup> dont le territoire saharien occupe les deux tiers; la partie sahélienne et soudanaise regroupe l'essentiel de ses 5 millions d'habitants. En tant que pays en voie d'équipement, le Mali appartient au tiers-monde.

La densité moyenne est de 4,1 km<sup>2</sup>, mais la répartition varie entre 13,1 habitants au km<sup>2</sup> dans la Région de Segou à 0,8 km<sup>2</sup> dans celle de Gao. La population urbaine ne représente que 15% du total. Elle se répartit comme suit.

Tableau 1

VILLES DE PLUS DE 5 000 HABITANTS

BAMAKO.....	284 200	BOUGOUNI.....	12 000
MOPTI.....	51 100	KOLOKANI.....	11 400
SEGOU.....	47 900	DIAFARABE.....	10 900
KAYES.....	44 500	BANAMBA.....	10 700
SIKASSO.....	24 900	YOROSSO.....	10 700
SAN.....	21 400	KANGABA.....	10 100
GAO.....	20 700	GOUNDAM.....	9 200
KOUTIALA.....	19 200	BANDIAGARA.....	8 900
KOULIKORO.....	19 100	NIONO.....	8 500
KATI.....	18 800	NIANFUNKE.....	8 400
NIRO.....	17 500	DIRE.....	7 700
TOMBOUCTOU.....	15 500	DOUENTZA.....	7 100
KITA.....	15 000	MARKALA.....	7 100
DJENE.....	14 300	ANSONGO.....	6 400
TENENKOU.....	12 200	DIORO.....	6 200

---

TOTAL = 772 200

---

POPULATION MALIENNE = 5 185 000

---

Cette population est jeune car 60% ont moins de 20 ans.

L'agriculture (mil, arachides, riz, coton), l'élevage et la pêche sont les principales ressources du pays.

Les voies de communication : routes, chemins de fer, voies fluviales sont insuffisantes (Carte 1).



### 3.2 Organisation administrative

Le territoire national est divisé en six Régions : 42 cercles, 280 arrondissements, 10368 villages. La Région est administrée par un Gouverneur, le cercle par un Commandant de cercle et l'arrondissement par un Chef d'arrondissement.

Le Gouverneur, par son statut, a des grands pouvoirs sur le développement de sa Région. Il peut décider d'un plan régional, prendre des options dans le domaine économique, de l'éducation et de la santé. C'est lui qui définit la production, fixe les objectifs à atteindre. Il fait aussi construire des écoles, des maternités et autres édifices d'intérêt public.

Le Commandant de cercle, sous l'autorité du Gouverneur, est le Représentant du pouvoir exécutif dans sa circonscription. Il en est de même pour le Chef d'arrondissement qui travaille sous l'autorité du Commandant de cercle.

### 3.3 Principales ethnies

Situé au centre de l'Afrique occidentale, à 700 km de la mer, entouré de 7 états, le Mali est un pays de contacts humains.

La Région du Nord, en bordure du Sahara, est peuplée de nomades et semi-nomades qui constituent 10% de la population : Touaregs, Maures, Arabes, Peulhs, tous des éleveurs.

La Région du Centre et du Sud est une savane peuplée de cultivateurs sédentaires que constituent 90% de la population : Malinkés, Kassonkés, Bambaras, Dioulas, Sarakollés ou Markas, Sonraïs, Bozos, Somonos et Dogons.

L'histoire du Mali a amené les ethnies à se rencontrer et à cohabiter. Malgré l'existence de quelques particularismes, la nation malienne présente une identité certaine, favorable à son unité.

#### 3.4 Taux de scolarisation

Depuis l'indépendance, le niveau éducationnel de la population s'est notablement amélioré. D'une population totalement analphabète, le niveau de scolarisation était de 30% en 1972; à cela s'ajoutent les efforts d'alphabétisation fonctionnelle, orientés vers les masses paysannes adultes.

#### 3.5 Economie

Le Mali est essentiellement un pays agricole et pastoral et 85 à 90% de la population vivent de la terre et de l'élevage. La zone soudanaise qui représente près de la moitié de la surface totale du Mali est le pays des cultures par excellence, 63% des surfaces cultivées sont consacrées au mil, au sorgho, au riz et au maïs. Le Mali exportateur jusqu'en 1968, connaît depuis quelques années une insuffisance des matières de base à cause de la sécheresse et surtout de la désaffection des paysans à l'égard des cultures pour lesquelles les prix aux producteurs sont inférieurs à ceux consentis pour les cultures d'exportation (coton, arachide, karité, etc.).

Les principales productions pour les cultures vivrières et industrielles sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 2

Estimations des principales productions

Produits	Production en tonnes en 1972
Mil sorgho	900 000
Riz	170 000
Mals	89 000
Fonio	39 000
Coton	74 000
Arachides	160 000

L'élevage : Il constitue une activité économique importante qui intéresse un cheptel nombreux comprenant des :

- Bovins	5 350 000 têtes
- Ovins et caprins	11 250 000 têtes
- Dromadaires	17 000 têtes.

La pêche : Pratiquée dans la boucle du Niger et ses affluents, intéresse environ 30 000 personnes. Les prises oscillent entre 110 et 125 000 tonnes; 30 000 tonnes sont consommées à l'état frais et le reste étant salé, séché ou fumé.

L'industrie : Elle tient une place modeste. Dans l'ensemble du secteur secondaire, l'artisanat représente 60%, les industries modernes 40%, dont 11% pour les industries alimentaires et 18% pour le bâtiment et travaux publics.

Le secteur moderne comprend essentiellement des industries de transformation des produits agricoles, une cimenterie et deux usines textiles.

### 3.6 Situation sanitaire

#### 3.6.1 Morbidité et mortalité

La situation sanitaire du Mali est en général similaire à celle de la plupart des pays du tiers-monde : une population à 85% rurale, illetrée dans sa grande majorité et encore très fortement marquée par sa culture traditionnelle, vivant dans des conditions d'hygiène très précaires, soumise à de grandes endémies tenaces et ne disposant que d'un pouvoir d'achat très limité. La pathologie est essentiellement infectieuse, parasitaire et nutritionnelle.

Tableau 3

Principales causes de mortalité classées  
par ordre d'importance - 1974

Ordre de grandeur	0 - 12 mois	1 - 4 ans	5 - 14 ans	15 ans et plus
1.	Paludisme	Rougeole	Entérites	Paludisme
2.	Gastro-entérites	Paludisme	Paludisme	Entérites
3.	Rougeole	Gastro-entérites	Rougeole	Affections pulmonaires
4.	Bronchites	Malnutrition	Pneumonie	

Source = Direction nationale de la Santé publique - 1974.

Quant à la morbidité, les cas enregistrés dans les dispensaires tenus par des infirmiers confirment le tableau de la pathologie générale pour l'essentiel et mettent l'accent sur les mêmes infections.

---

<sup>1</sup> Plan décennal de Développement des Services de Santé (1-7-1976 - 30-6-1976).

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

Tableau 4

Morbidité - Cas enregistrés dans les dispensaires

Maladies	Nombre de cas	
	1963	1972
Syphilis	84 205	
Infections gonococciques	16 990	
Dysenteries toutes formes	42 842	42 842
Pian	1 744	
Rougeole	23 795	50 000
Paludisme	86 488	559 427
Bilharziose vesicale	11 747	
Maladies des yeux et paupières	193 627	
Bronchite, pneumonie broncho-pneumonie	195 358	168 516

- L'examen global de l'état socio-sanitaire du pays fait ressortir les indices suivants :

Taux de scolarisation : 20%  
Taux de natalité : 55‰  
Taux de mortalité : 30‰  
Espérance de vie à la naissance : 35 ans.

- Pour faire face à cette situation, le Mali dispose des moyens suivants :

### 3.6.2 Infrastructure sanitaire<sup>1</sup>

En 1974, on comptait environ 5152 lits répartis dans les diverses formations fixes de l'Etat.

	<u>Nombre de lits</u>
- 2 hôpitaux nationaux	715
- 6 hôpitaux régionaux	1267
- IOTA	80
- Institut Marchoux	79
- 42 centres de santé de cercle	1552
- 11 secteurs des Grandes endémies	49
- 1 lazaret	42
- 152 maternités administratives	1161
- 1 service neuropsychiatrique )	
- 1 service de pneumophtisiologie ) à l'hôpital du Point-Ga	
- 2 hôpitaux secondaires (207 lits)	
- 387 dispensaires	
- 13 centres dentaires	
- 52 centres de PMI	
- 1 Institut national de Biologie humaine	
- 1 Laboratoire central de Biologie	

---

1

Ministère de la Santé (1974)- Infrastructure sanitaire du Mali.

- 2 services de réadaptation dont un à la PMI centrale de Bamako
- 1 banque de sang.

Personnel sanitaire (31 décembre 1974)

	<u>Nationaux</u>	<u>Total</u>
Médecins	77	150
Chirurgiens dentistes	8	13
Chirurgiens	5	18
Pharmaciens	15	17
Ingénieur sanitaire	-	1
Assistants en médecine	4	4
Prothésistes	3	4
Techniciens sanitaires	47	47
Sages-Femmes	196	201
Techniciens de laboratoire	46	46
Techniciens de radiologie (+ manipulateurs)	17	17
Secrétaires médicales	19	19
Infirmiers(ères) d'état	466	466
Infirmiers(ères) 1er cycle	1254	1254
Infirmiers(ères) auxiliaires	556	946
Matrones	178	178
Personnel d'exploitation	1180	1180
Personnel administratif et financier	192	192
	<hr/>	<hr/>
	4263	4753

3.6.3 Etablissements de formation

Le Mali possède pour la formation du personnel de santé :

- 1 Ecole nationale de Médecine, de Pharmacie et de Dentisterie formant les cadres supérieurs de la santé;
- 1 Ecole secondaire de la Santé formant les cadres moyens de la santé;
- Ecole des Infirmiers(ères) du premier cycle.

En principe, les services médicaux sont gratuits et le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (ci-après dénommé "le Ministère de la Santé") dispose d'un budget d'environ 3,5 milliards de francs maliens.

La répartition de ce budget figure dans le tableau suivant :

Tableau 5

Budget de la santé : CF. Direct. S.P.)

Budget annuel		3 318 831 000 F	100 %
dont	Personnel	1 893 107 000 F	57 %
	Matériaux et Médicaments	1 425 722 000 F	43 %

soit 640 francs par habitant et par an dont : 365 francs pour le personnel et 275 francs pour le matériel et les médicaments.

Tableau 6

Budget - Répartition

Matériaux et médicaments (1 425 722 000 F)				
Dénomination des chapitres	% du chapitre	Répartition	% du chapitre	% du total
1 - Centres de santé	-	2ème région	19,5 %	7,2 %
	-	5ème région	17,6 %	6,5 %
	-	6ème région	16 %	6 %
	-	4ème région	15,9 %	5,9 %
	37,1 %	3ème région	15,7 %	5,8 %
		1ère région	15,3 %	5,7 %
		Total		100 %
2 - Hôpitaux		Point G	28,6 %	7,1 %
		Gab. Touré	24,5 %	6,1 %
		Kati	6,8 %	1,7 %
		Autres h8p.	39 %	9,7 %
		Total		100 %

Dénomination des chapitres	Matériaux et médicaments		(1 425 722 000)	
	% du total	Répartition	% du chapitre	% du total
3 - Médecine socio-préventive	19,3 %	Lutte anti-TB	31 %	6 %
		Hygiène	24,9%	4,8 %
		Grandes endé.	11,7%	2,3 %
		Vaccinations	10,6%	2 %
		PMI Bamako	10,6%	2 %
		Méd. scolaire	5,3%	1 %
		Hygiène ment.	4,2%	0,8 %
		Educ. sanit.	0,8%	0,1 %
		Total	100 %	19,3%
4 - Direction nationale	3,1 %			3,1%
5 - Formation sanitaire de BKO (dispensaire etc.)	3 %			3 %
6 - Directions régional	1,6 %			1,6%
7 - Divers (écoles, etc.)	11,1 %			11,1%
Total	100 %			100 %

Cependant, il faut signaler qu'environ 75 % de la population malienne vit en dehors de toute médecine moderne et ne peut compter que sur la médecine traditionnelle. Les seuls bénéfices qu'elle a pu tirer jusqu'à ce jour de la médecine occidentale a été le contrôle de la fièvre jaune, de la trypanosomiase, de la variole, de la méningite cérébro-spinale et autres maladies transmissibles.

Les 25 % restants ont recours environ trois fois sur quatre à une médecine payante mettant sur le marché des produits pharmaceutiques à un prix de 35 % supérieur aux prix pratiqués, par exemple en France.

Il y a donc une sous-médicalisation des zones rurales où vit pourtant l'énorme majorité des populations par rapport aux zones urbaines où sont concentrés la plupart du personnel médical spécialisé. Le personnel cité ci-dessus est insuffisant en nombre et souvent très mal réparti.

Pays sans accès direct à la mer, aux deux tiers des terres désertiques, semi-désertique ou semi-aride, le Mali offre à sa population essentiellement concentrée dans le tiers Sud du pays, des conditions de vie relativement salubres mais des ressources faibles. Les perspectives de développement des secteurs secondaires et tertiaires ne permettent pas d'espérer qu'ils pourront absorber des fractions importantes de la population dans un avenir proche. C'est donc l'économie rurale qui doit continuer à supporter l'essentiel de la charge.

C'est dans ce contexte difficile que vont se dessiner les lignes directrices de l'action gouvernementale.

4. STRATEGIE EN VUE DU DEVELOPPEMENT

#### 4.1 Intervention sur le plan agricole

L'économie du pays reposant en majeure partie sur des activités rurales et une agriculture toujours tributaire de la "Daba" (la houe), il était rationnel de fonder le renouveau national sur une intensification de l'agriculture et des industries qui y sont associées.

Le congrès extraordinaire de l'union soudanaise a défini le 22 septembre 1964, les options fondamentales de la République sur le plan économique et a donné mandat impératif au Gouvernement : "D'intensifier la production agricole pour augmenter la consommation intérieure et le potentiel d'exportation".

Le premier plan quinquennal 1961-1966 avait parmi ses objectifs principaux : "De développer la production agricole et animale dans un cadre socialiste pour renforcer l'indépendance alimentaire du pays et augmenter les exportations".

En application de ces directives, le Gouvernement a mis en place un certain nombre de structures et de mécanismes de développement.

Des régies d'Etat ont été créés, de nombreux services publics réorganisés. Il faut signaler tout particulièrement :

Compagnie malienne pour le Développement des Fibres et Textiles (CMDT) : Elle a pour mission de prêter son concours technique au développement de la production du coton. La participation à l'action de vulgarisation et de modernisation de la culture cotonnière se traduit par une aide technique à la production. Cette aide porte sur l'établissement des budgets de fonctionnement et d'investissement, l'établissement des programmes annuels de culture, d'équipement des cultivateurs en animaux de trait et en matériel agricole, l'utilisation d'insecticides, la distribution et l'emploi des engrais, le tout se faisant sous la supervision d'un encadrement technique adéquat.

D'autre part, c'est la CMDT qui est chargée d'intervenir pour améliorer la production du "Dah", dont les fibres sont utilisées pour la fabrication locale de sacs.

Office du Niger : Son but est le développement de la culture irriguée du coton. Depuis 1965, la révision du circuit intérieur de commercialisation des produits, la réintroduction de la canne à sucre, un essai satisfaisant de la culture du tabac, la modernisation de l'élevage de porcs et l'intensification du rôle des régies, furent les principales innovations qu'il a introduites.

Service de Crédit agricole et de l'Équipement rural (SCAER) : Ce service réorganisé se propose de doter le monde rural d'un outil efficace de crédit. Il a été doté à cette fin de l'autonomie juridique et financière.

Office de Produits agricoles du Mali (OPAM) : C'est l'organisme officiel de commercialisation qui, en outre, a pour mission de constituer un stock régulateur ayant pour but d'assurer la sécurité de l'approvisionnement urbain et de lutter contre la spéculation.

Pour accélérer la modernisation agricole, augmenter la production, améliorer l'économie rurale et relever le niveau de vie des masses paysannes, de grandes opérations agricoles ont été lancées parmi elles, il faut citer :

L'Opération arachide qui, grâce aux efforts conjugués a permis d'augmenter la production, en introduisant des charrues et des engrais, de mettre en place une politique de relèvement de prix aux producteurs, de renforcer l'encadrement dans les zones opérationnelles, d'améliorer la commercialisation. Ainsi, la production nationale a pu passer de 300 000 en 1969, à 560 000 tonnes en 1971.

L'Opération Haute Vallée a pour but de réaliser le programme de développement de la Haute Vallée du Niger. Elle aura à regrouper, coordonner et utiliser rationnellement tous les moyens pouvant permettre un développement intégré dans cette zone.

L'Opération riz inaugurée en mars 1969, répondait au besoin de gérer au mieux les aménagements hydrauliques rizicoles existants, en regroupant l'encadrement et en le dotant de moyens lui permettant d'assurer au mieux les tâches qu'elle avait à accomplir.

Elle a pour objectif de promouvoir des structures capables, à terme, d'autogérer les aménagements et le matériel de production, d'augmenter par tous les moyens appropriés la production, tout en assurant aux riziculteurs une formation technique appropriée. Dans la Région de Segou par exemple, elle finance aussi la formation de tous les agents de développement communautaire (matrones, nutritionnistes, agents sanitaires etc.).

L'Opération coton se propose, dans le même esprit, d'augmenter les superficies cultivées de 70 000 à 90 000 hectares, afin d'arriver à une production de 97 000 tonnes de coton graine.

Parmi les nombreux problèmes rencontrés lors de la mise en oeuvre de ces diverses opérations ceux en rapport avec le bas niveau d'éducation fondamentale des masses rurales, ont constitué l'entrave la plus sérieuse au développement des activités. Des interventions sur le plan éducatif s'imposaient donc.

Ainsi, fut décidé, la formation d'instructeurs et de moniteurs agricoles en donnant, pour commencer, une formation technique et pédagogique complémentaire aux instructeurs des centres d'apprentissage. Ces instructeurs à leur tour assurent la formation et le recyclage des moniteurs des "centres d'animations rurales " (CAR).

En un deuxième temps, de nouveaux moniteurs seront formés qui renforceront les "centres d'apprentissage agricoles existants" (CAA).

De plus, en vue de développer l'agriculture sur une base théorique et scientifique plus élevée, "un Institut polytechnique rural" a été créé.

Pour atteindre directement les masses paysannes, le Ministère de la Production agricole a été amené à entreprendre une campagne parallèle d'éducation des adultes dénommée "L'alphabétisation fonctionnelle".

#### 4.2 Alphabétisation fonctionnelle

##### 4.2.1 Objectifs

Dès l'indépendance politique de notre pays, une rédefinition de son système d'enseignement, dans les objectifs comme dans les structures s'imposait. La réforme de 1962 fut conçue comme un instrument de développement économique, social et culturel. Ce contexte nouveau nécessitait la recherche d'une forme d'éducation de base pouvant atteindre l'ensemble des populations maliennes sans discrimination d'âge ni de catégorie sociale.

L'alphabétisation fonctionnelle est apparue comme un moyen privilégié pour atteindre un tel objectif. En s'adressant à l'immense majorité des adolescents et des adultes ayant échappé à l'ancien système éducatif et grâce à l'utilisation d'une langue nationale, elle permet d'accélérer, de généraliser l'enseignement et d'être l'instrument idéal de lutte contre l'ignorance et ses conséquences. Pour le paysan savoir lire, écrire et calculer c'est briser le carcan de l'analphabétisme et, surtout, lui permettre enfin de contrôler ses revenus.

La large information dispensée aux responsables des villages de même qu'aux paysans, le choix de la langue du pays, ajoutés à l'intérêt soutenu des populations pour la maîtrise du calcul ont très largement conditionné le succès enregistré par l'alphabétisation fonctionnelle à travers le Mali.

Le tableau ci-après établi à l'occasion de "l'opération arachide", illustre les résultats encourageants enregistrés dans les zones de Kita et Koulikoro.

Tableau 7  
Alphabétisation à Kita et Koulikoro

Z O N E S	Nombre de centres ouverts pour		Nombre de centres en fonctionnement pour		Nombre de personnes alphabétisées		Nombre d'animateurs formés
	Hommes	Femmes	Homes	Femmes	Hommes	Femmes	
Kita	386	22	261	20	4703	483	374
Koulikoro	319	4	10	1	131	12	14
TOTAL	705	26	271	21	4834	495	388

Source : Opération arachide - Rapport d'activités.

Il faut signaler que dans beaucoup de zones, les autorités locales ou les associations traditionnelles jouent un rôle principal dans l'organisation et le fonctionnement de leur centre. Elles élaborent les règlements internes et les sanctions à prendre contre les auditeurs absents.

#### 4.2.2 Aspects sanitaires

Comme on pouvait s'y attendre, la campagne d'alphabétisation fonctionnelle ne pouvait ignorer les problèmes de santé qui confrontent les paysans de ses zones d'opérations.

Mettant à profit la compréhension plus large qui résulte de l'acquisition des éléments du savoir et de l'amélioration du pouvoir d'achat grâce à de meilleures récoltes, les organisations n'ont pas hésité dans leurs contacts avec les masses paysannes, à aborder certains problèmes de santé. Parmi les agents alphabétisés, certains ont reçu une formation de "secouristes", leur permettant de dispenser les soins élémentaires aux populations trop éloignées des dispensaires et postes de santé de leur Région. De plus, en organisant des groupements dits "pré-coopératifs", les fermiers se cotisent et arrivent à dégager des fonds permettant de continuer les cours d'alphabétisation sans le secours financier de l'Etat, et aussi d'acheter et de distribuer certains médicaments de base comme la nivaquine.

D'autre part, le programme de formation destiné aux femmes, comporte des cours de puériculture, d'hygiène de la grossesse et des rudiments d'économie domestique.

#### 4.3 Nouvelle orientation de l'action gouvernementale - Développement communautaire

La magnitude et la variété des problèmes socio-sanitaires rencontrés ont poussé le Gouvernement à restructurer son action en faisant appel à une méthode ayant fait ses preuves ailleurs, le développement communautaire :

De plus, convaincu de l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire nationale face aux besoins de la population, et de la nécessité impérieuse de satisfaire les aspirations des masses rurales à une meilleure santé, il a associé ses efforts de développement, ceux des collectivités rurales à ceux de la santé. En effet, comme le dit si bien le Dr Sankalé : "La conception unilatérale, passive et autoritaire de l'action sanitaire doit faire place à une conception bilatérale active et pédagogique où, judicieusement partagés, les objectifs relèvent autant des pouvoirs publics que des populations".

Aussi, la Direction des Affaires sociales du Ministère de la Santé s'est vu confier, le développement communautaire.

Au cours de cet exposé, on s'efforcera de donner un bref historique et une vue d'ensemble de l'organisation du développement communautaire au Mali.

Au moment de sa création en 1960, la Direction des Affaires sociales était la prolongation des structures de l'époque coloniale. Elle appliquait les mêmes méthodes de travail qui ne s'intéressaient qu'aux populations urbaines.

Même dans ce cas, ces centres ne disposaient que d'un personnel insuffisant et mal préparé à sa vocation sociale; en effet, au lieu de prendre l'initiative et d'aller au devant des populations, ce personnel n'accordait son attention qu'à ceux qui venaient à lui.

Pour remédier à cet état de choses, "le Deuxième séminaire de la Santé publique et des Affaires sociales" tenu en septembre 1965 à Bamako, a préconisé une nouvelle orientation de l'action du service social à savoir le développement communautaire. La réorganisation des structures proposées à cette occasion prévoit une nouvelle section à la Direction nationale des Affaires sociales, celle du développement communautaire. A la suite de ces recommandations, un projet de création de centres de développement communautaire et d'un Comité national d'action sociale a été élaboré en avril 1967.

Avec l'assistance d'une conseillère de l'ONU pour l'action sociale, deux centres : l'un rural (Sanankoroba), l'autre urbain (Hamdallaye) furent choisis comme centres pilotes pour l'expérimentation du développement communautaire.

#### 4.3.1 Organisation et Orientation

L'organigramme ci-après illustre la place de la Division au sein du Ministère de la Santé. Son personnel comprend environ 60 assistantes sociales diplômées de l'Ecole secondaire de la Santé du Mali ou de l'Ecole de Montrange (France), 180 aides sociales formées à l'Ecole des Aides sociales de Bamako et environ 80 monitrices et autres agents.

Le plan de développement prévoit une action initiale dans le domaine de la formation pour le développement communautaire c'est ainsi que :

- L'Ecole des aides sociales, a été remplacée par un "Centre national de formation pour le service social et le développement communautaire" avec des financements extérieurs.

- Les centres sociaux ont été regroupés et reconvertis en "Centres de développement communautaires", travaillant en étroite liaison avec les opérations de développement agricole.

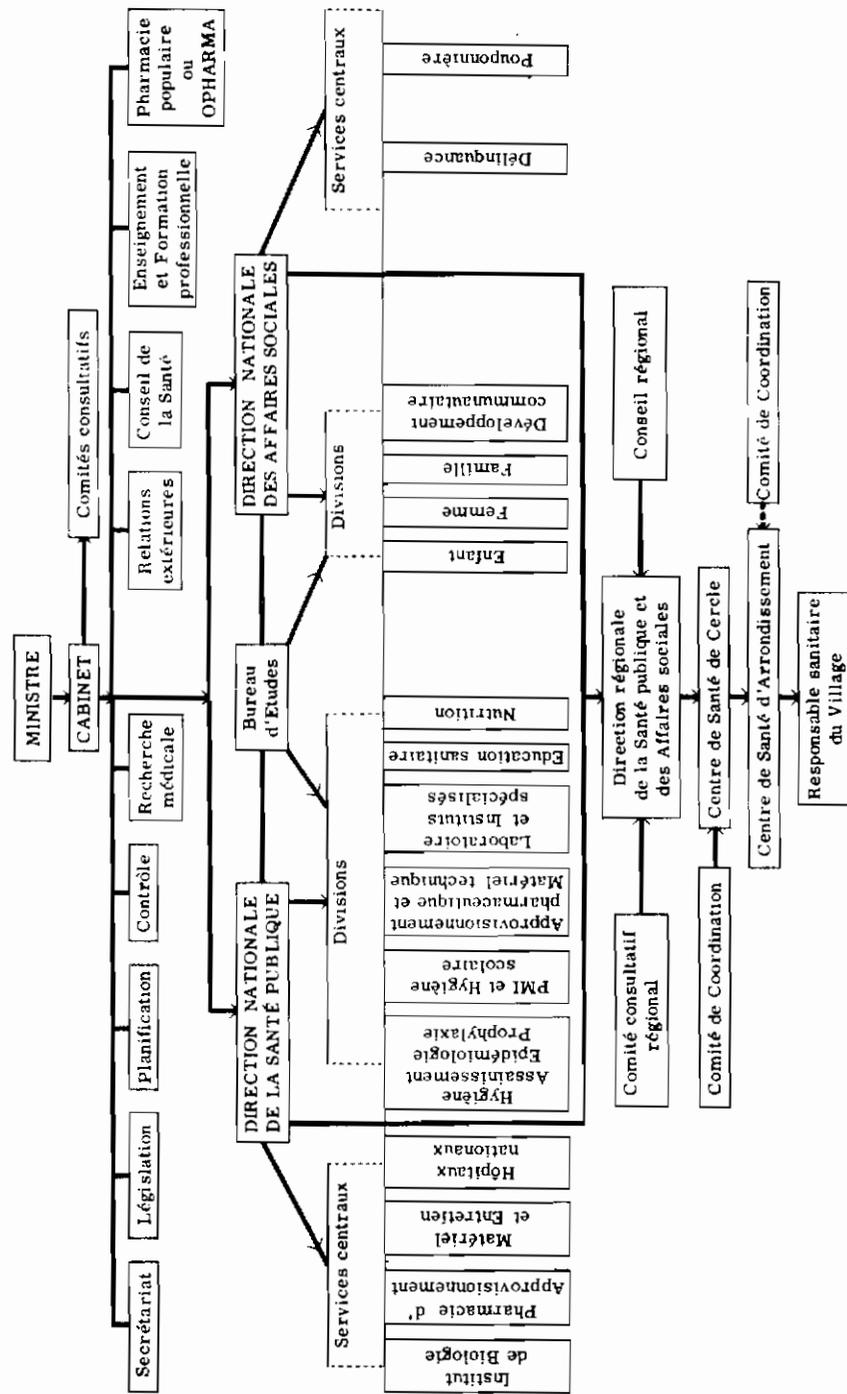
- La construction de 30 centres est prévue grâce à une aide extérieure de 132 millions de FM.

Le système des Nations Unies participe à cet effort.

- Le programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a mis à la disposition du Gouvernement, deux conseillers : le premier pour l'instauration d'une politique de formation en cours d'emploi, le second pour la formation dans le domaine du développement communautaire.

- L'UNICEF a fourni une aide matérielle sous forme de moyens de transport, de médicaments, de matériel de démonstration et de frais de stage.

ORGANIGRAMME DE LA RÉORGANISATION .



#### 4.3.2 Centres de développement communautaire

Fonctions : Ils ont pour tâches, la résolution, avec la collaboration des populations concernées des problèmes propres d'une localité, d'un village, d'un quartier; la réalisation d'activités collectives destinées au mieux-être physique, moral, social des habitants, par l'utilisation des ressources locales disponibles.

Personnel : Chaque centre, en principe, comporte, en plus du personnel des institutions spécialisées, un Directeur ou une Directrice, deux aides sociales recyclées et deux agents de développement masculins.

Actions : Une action d'éducation féminine de masse dans tous les domaines est entreprise avec la collaboration des autres services techniques. Elle a débuté dans les chefs lieux de Régions, de cercles et d'arrondissements avant de s'étendre dans les zones environnantes. La formation du personnel de base se fait dans les différents centres; les animateurs ruraux à leur tour sont envoyés vers les populations pour les éduquer et les aider à identifier et résoudre leurs problèmes.

Ils participent à la mise en place des infrastructures collectives, aux travaux agricoles, aux activités éducatives, médico-sanitaires et sociales.

Cinq centres de développement communautaire sur les trente sept prévus ont reçu un financement du FED et opèrent dans le cadre de l'Opération riz de Segou; dix centres sociaux privés ont été construits avec l'aide du FAC.

Le recyclage systématique de tout le personnel des centres sociaux est terminé.

#### 4.3.3 Articulation sur le plan local

Au niveau de la communauté villageoise sont créés des Comités d'Action composés de représentants locaux de tous les services administratifs c'est-à-dire, du directeur de l'école, de l'infirmier, du commandant de cercle, des notables, de l'imam, du guérisseur traditionnel et de toutes les personnes influentes du village.

En général, le commandant de cercle est élu Président, afin de faciliter les rapports entre l'administration et la population.

Grâce à la représentativité de ce comité, les desiderata de la population parviennent aux autorités politiques et les directives du Pouvoir central, sont expliqués et discutés avec les villageois. Les problèmes de santé communautaires en particulier sont étudiés à ce niveau.

L'influence des "Comités d'Action" est reprise et amplifiée par l'intermédiaire de Groupes d'Animation, formés par des jeunes choisis démocratiquement au cours d'une assemblée générale des populations. Leur nombre varie suivant les besoins. Ils sont tous bénévoles.

Certains donnent les soins élémentaires, s'occupent de la nivaquinisation des enfants. D'autres, nutritionnistes, apprenent aux mamans comment équilibrer le régime alimentaire de leurs enfants pour éviter les maladies dues à la malnutrition. Les agents sanitaires veillent sur l'hygiène du milieu. Les matrones aident les femmes pour qu'elles accouchent dans de bonnes conditions d'hygiène.

Ils sont issus de la population et sont dans les conditions idéales pour l'éduquer, discuter avec les gens et les aider à résoudre leurs différents problèmes.

Ils servent de trait d'union entre la population et le Comité d'Action, ils dirigent tous les travaux d'investissement humain décidés par ce dernier.

Ils stimulent les populations à accepter les nouvelles idées.

Dans le cadre de la réorganisation des centres sociaux et de leur redistribution pour mieux servir les zones rurales, il a été jugé nécessaire de mettre à l'épreuve, les nouvelles idées et méthodes de travail dans un certain nombre de zones expérimentales. Nous avons pu observer le travail dans deux d'entre elles :

#### Expérience de la zone de Sanankoroba

Localisation : Sanankoroba est un arrondissement comprenant 58 villages totalisant 31 250 habitants. Son chef lieu portant le même nom est une agglomération de 2500 âmes. La zone est située à 30 km de Bamako sur la route asphaltée Bamako Bougouni. Les opérations de contrôle de supervision et autres de ce fait en sont facilitées.

Cadre structurel de l'action de développement communautaire de la zone : Dès le départ, en vue d'associer les populations concernées aux futures activités de développement communautaires, et surtout pour mieux les adapter aux divers besoins et possibilités des habitants, les structures prévues ont été mises en place à savoir : centre de développement communautaire; comité d'action près du centre; groupe d'animation.

Ils assurent les activités suivantes :

Tournées d'exploration dans les villages de l'arrondissement :

Elles ont permis de prendre contact avec les populations et de collecter toutes les données indispensables à la planification et la mise en place du programme au niveau de l'arrondissement.

Ces tournées effectuées par le personnel social, le chef de poste médical, ou la sage-femme (j'y ai souvent participé) ont pour but d'évaluer les activités des animatrices, des secouristes et des accoucheuses traditionnelles et de rectifier les erreurs qui auraient pu être commises.

Formation d'animatrices : Pour tenir compte des conditions difficiles de vie dans les zones rurales y compris à Sanankoroba où la pénurie de personnel médical et les mauvaises conditions d'hygiène sont de règle, et en vue de mieux éduquer la population en ce qui concerne sa santé, la formation d'une aide sanitaire s'est révélée indispensable.

Aussi, les villageois ont demandé la formation d'animatrices locales de santé et les ont elles mêmes désignées.

Dans ce cadre, des cours ont été organisés avec la participation de l'infirmier et de la sage-femme de Sanankoro, des agents de la Croix Rouge malienne, des assistantes sociales. Ces cours visent à leur apprendre des notions d'hygiène y compris l'hygiène du milieu, la nivaquinisation des enfants, les soins élémentaires curatifs, des éléments d'éducation sanitaire applicables aux zones rurales, etc. Il leur a été aussi enseigné à reconnaître les malades graves afin de pouvoir procéder à l'évacuation sur les centres de santé les plus proches.

C'est ainsi que les 312 animatrices formées, toutes bénévoles, apportent des soins à 6291 enfants.

Pour tenir compte des habitudes maliennes, la préférence a été donnée à la formation des animatrices pour s'occuper des femmes et des enfants.

Consultations de nourrissons : Depuis l'ouverture du centre de Sanankoroba, les animatrices font des consultations pré-et postnatales en collaboration avec le personnel de la PMI du centre médico social de Sanankoroba.

Une maternité de 12 lits a été construite avec la participation conjointe de la population, du Gouvernement et de certaines aides extérieures. Elle comprend :

- 1 salle d'accouchement;
- 2 salles pour accouchées de 6 chacune;
- 1 salle de garde;
- 1 salle de consultation;
- 2 W.C.;
- 1 véranda.

Le coût s'élève à 4.650.000 francs maliens; les contributions venant de :

- la population de Sanankoroba espèce et travail évaluée  
à..... 1.500.000 FM;
- UNICEF ciment..... 300.000 FM;
- OXFAM (matériels métalliques et bois)..... 2.050.000 FM;
- Gouvernement pour l'administration et la  
supervision..... 800.000 FM.

Création d'une garderie communautaire : La plupart des mères vont aux champs. Les enfants qui ont dépassé l'âge d'être portés au dos restent livrés à eux mêmes et sont souvent victimes d'accidents. Pour éviter cela, la population a décidé de créer une garderie communautaire où les parents pourront confier leurs enfants moyennant une cotisation de 300 FM par mois pour les enfants des fonctionnaires et 150 FM par mois pour ceux des paysans. L'expérience a réussi puisque les parents continuent d'y envoyer leurs enfants.

Formation des secouristes : Si la vocation des animatrices est de s'occuper des femmes et des enfants, les populations masculines n'ont pas été négligées pour autant. Des secouristes s'en occupent de même que de certains travaux traditionnellement réservés aux hommes.

Ils assurent la protection des puits, la construction des latrines, donnent des conseils pour l'amélioration et l'entretien des cases. Ils font aussi creuser des fosses à ordures dont le contenu stabilisé sera utilisé à des fins agricoles. Ils apportent une aide appréciée pour construire des ouvrages à vocation collective, réalisés avec le concours des populations tels que écoles, dispensaires, petits canaux d'irrigation. Ils soignent les hommes en cas de blessures, chute, fièvre, morsure d'animaux et toutes sortes d'autres affections.

Une équipe de la Croix Rouge malienne a ainsi formé 120 jeunes gens âgés de 25 à 35 ans.

Activité additionnelle : Etant donné qu'en zone rurale la plupart des enfants n'ont pas été déclaré à l'état-civil et par conséquent n'ont pas d'acte de naissance, secouristes et animatrices ont aussi pour mission de relever la date et la filiation des enfants à leur naissance et de recueillir les mêmes renseignements pour les enfants déjà nés selon la déclaration des matrones et des parents. Ces renseignements sont transmis au Chef d'arrondissement qui établira l'acte de naissance.

Les résultats encourageants suivants ont été enregistrés en ce qui concerne l'état-civil :

<u>Années</u>		<u>Nombre d'enregistrements</u>
- 1972	=	15;
- 1973	=	248;
- 1974	=	272;
- 1975	=	376.

Il faut noter qu'à la fin de leur stage, secouristes et animatrices reçoivent une première dotation en médicaments et matériel médical composés surtout de médicaments pour la lutte anti-paludique, des analgésiques, du matériel de pansement, des collyres et des médicaments contre la fièvre, etc.

Les villageois ont apprécié les prestations ainsi fournies et de petites pharmacies villageoises ont été créées dont l'approvisionnement est assuré par la cotisation des villageois. Pour la période de 1972-1975 ces cotisations s'établissaient comme suit :

<u>Années</u>		<u>FM</u>
- 1972	=	10.500;
- 1973	=	20.950;
- 1974	=	30.600;
- 1975	=	150.950.

Recyclage des accoucheuses traditionnelles : Au sein de cette population analphabète à 90 %, les femmes accouchent dans les mains des accoucheuses traditionnelles qui ont une expérience considérable certes, mais qui ignorent les principes élémentaires d'hygiène. Aussi, il y a une très forte mortalité néonatale par tétanos ombilical. C'est pour cela qu'il a été trouvé nécessaire de recycler ces accoucheuses pour leur permettre d'apporter de meilleures prestations.

Leur formation a lieu à la maternité de Sanankoroba. Elle comporte une formation intensive pendant 10 jours, suivie de recyclage périodiques. Les accoucheuses sont encadrées par la sage-femme et l'infirmier d'Etat, qui leur apprennent les notions d'hygiène au cours de l'accouchement et les soins à donner aux nouveau-nés.

On enseigne en particulier à ces accoucheuses à se laver les mains soigneusement avec du savon avant de commencer leurs interventions, à stériliser la lame ou la paire de ciseaux qu'elles utilisent pour couper le cordon ombilical et à s'occuper d'abord de la femme et de l'enfant avant d'aller enterrer le placenta.

A la fin du stage, on leur remet une trousse UNICEF contenant de l'alcool, des bandes, une toile cirée, une paire de ciseaux et du coton et autre petit matériel dont le renouvellement est désormais assuré par les villageois.

En cas de difficulté, elles évacuent la femme sur la maternité la plus proche.

### Expérience du quartier d'Hamdallaye - Bamako

Parallèlement à l'expérience rurale, une expérience en zone urbaine fut entreprise par le secrétariat d'Etat aux Affaires sociales à Bamako, dans le quartier d'Hamdallaye. Ce dernier compte 21 000 habitants, il est divisé en huit secteurs ayant chacun à sa tête un groupe d'animation.

Un comité d'action se réunit tous les 3 mois et supervise le travail des groupes d'animation.

Pour tenir compte de la situation de ce quartier, il n'a pas été trouvé nécessaire de former des accoucheuses traditionnelles et des secouristes. Cependant, on a procédé à la formation d'animatrices de santé et de couture.

Les animatrices de santé ont pour mission principale de procéder aux visites domiciliaires et à la nivaquinisation des enfants. La nivaquine est obtenue grâce à une cotisation volontaire souscrite par les mères de famille. Quant aux animatrices de couture, elles suivent un stage au centre social du quartier pendant le mois et une fois retournées dans leur secteur, elles transmettent aux autres femmes leurs nouvelles connaissances.

De plus, en vue d'améliorer le mobilier des maisons d'une façon économique, des cours pratiques ont été données aux femmes du quartier pour leur permettre de confectionner elles mêmes certains meubles, légers, berceau, lit, table, escabeau, penderie, etc. avec des produits locaux. Pour faciliter le transfert des connaissances, une bibliothèque pour jeunes a été organisée avec l'aide de l'Ambassade des Etats Unis.

Comme dans la zone de Sanankoroba, la nécessité d'une garderie s'est fait sentir, elle a été créée et fonctionne aussi grâce aux cotisations des parents. Ces expériences ont donné le coup d'envoi à la création de cinq centres de développement communautaire, financés par le Fond européen de Développement (FED) dans le cadre de l'opération riz

de Segou dont pour des raisons de similitude il ne sera pas fait état au cours de cet exposé.

Il faut cependant noter que pour faire face à la demande en personnel du niveau requis, le Gouvernement a créé le Centre national de Formation pour le Développement communautaire (CNDC).

#### 4.3.4 Centre national de Formation pour le développement communautaire

Créé en 1974, le CNDC forme en quatre années, des techniciens de développement communautaire.

Ils sont appelés à intervenir dans le monde rural en aidant les populations agricoles à mieux utiliser les services techniques mis à leur disposition par le Gouvernement et en encourageant, de concert avec ce développement économique, un développement social pour accroître le bien-être de ces populations.

Cette formation remplace l'école des aides sociales et la section "assistantes sociales" de l'Ecole secondaire de la Santé.

Le CNDC admet des titulaires du DEF (Diplôme d'études fondamentales) sur concours direct et des moniteurs agricoles, des infirmiers vétérinaires, des infirmiers du 1er cycle, des aides sociales par voie de concours professionnel.

Quelque soit le degré de réussite de ces populations, elles restent ignorées de la plupart des jeunes cadres maliens, surtout des étudiants en médecine qui ne font leur stage hospitalier que dans les hôpitaux régionaux. D'autre part, ces étudiants en dehors des cours théoriques ignorent pour la plupart tous les problèmes de santé publique qui se posent en zone rurale où pourtant ils sont appelés à exercer. C'est en tenant compte de cette situation que l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali et l'UER de Médecine et Santé tropicale de Marseille ont créé un

"Centre d'Enseignement et de Recherche en Médecine rurale". Les premiers jalons de ce centre ont été posés en décembre 1975 et le Dr Hubert Balique, Médecin coopérant français spécialisé en santé publique a été chargé de son administration et de son animation.

C'est au sein de ce centre que s'est développée l'expérience de développement communautaire à laquelle nous avons pris part.

5. EXPERIENCE PERSONNELLE DU DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE  
DANS L'ARRONDISSEMENT DE MASSANTOLA

L'arrondissement de Massantola, l'un des quatre arrondissements du cercle de Kolokani dans la 2ème région (carte 2) a été choisi comme terrain d'étude, car il reflète les principales caractéristiques que l'on rencontre dans le reste du pays, notamment en ce qui concerne :

- sa situation en dehors des grands axes de circulation (chemins de fer, routes goudronnées, voies navigables);
- sa pathologie;
- son infrastructure sanitaire;
- sa densité -  $11 \text{ km}^2$  - est la densité moyenne du pays et sa population - 17 000 habitants - est la population moyenne des arrondissements.

En outre, distant de quelque 160 kms de Bamako, il est facilement accessible aux étudiants, transportés en landrover.

Du mois de décembre 1975 au mois de février 1976, nous avons fait des visites répétées dans 38 villages de l'arrondissement pour, d'une part, nous faire connaître des habitants, d'autre part, pour procéder à une étude du milieu et à une évaluation grossière de la situation générale tant sanitaire que socio-économique.

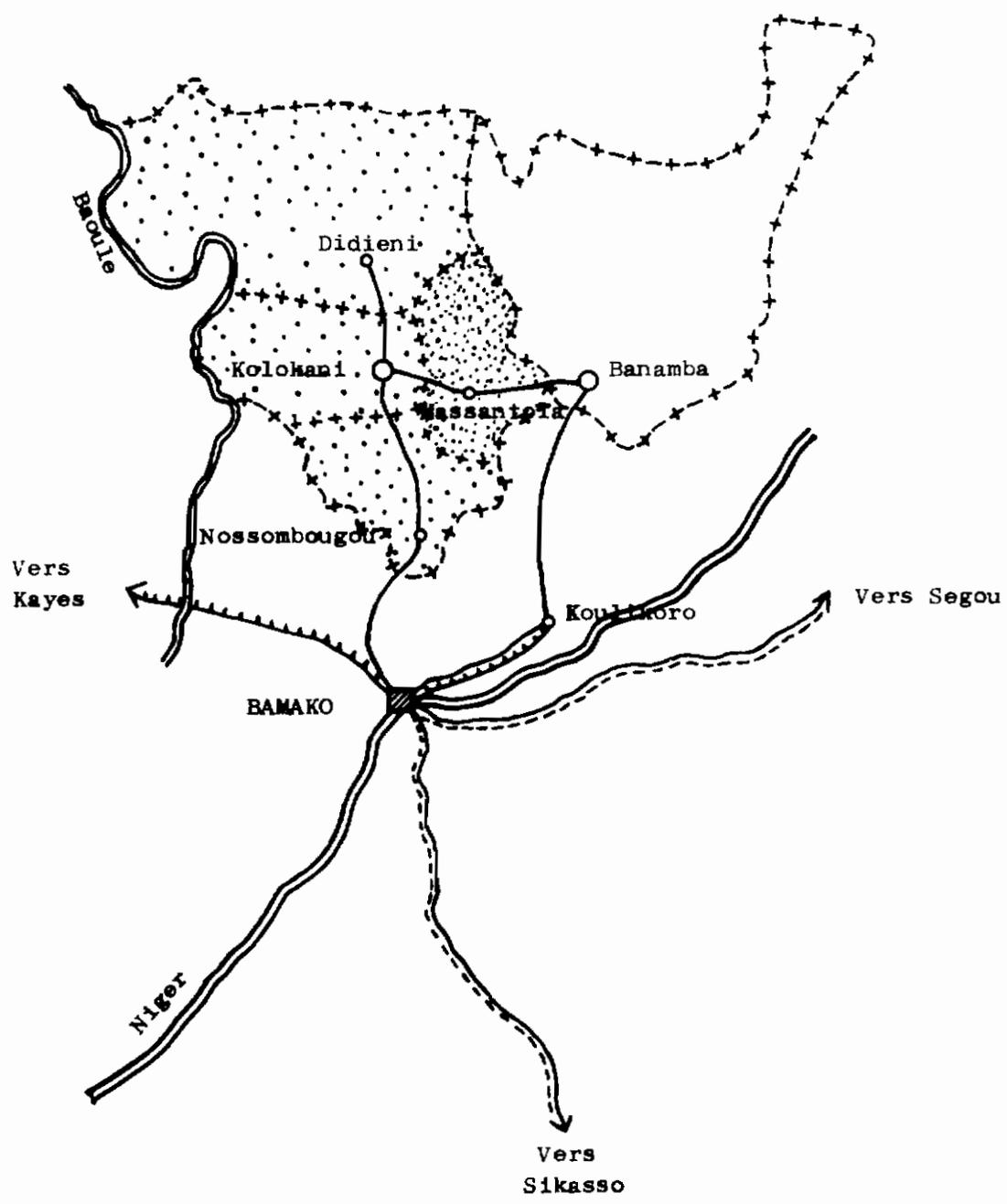
## 5.1 Principales caractéristiques

### 5.1.1 Géographie

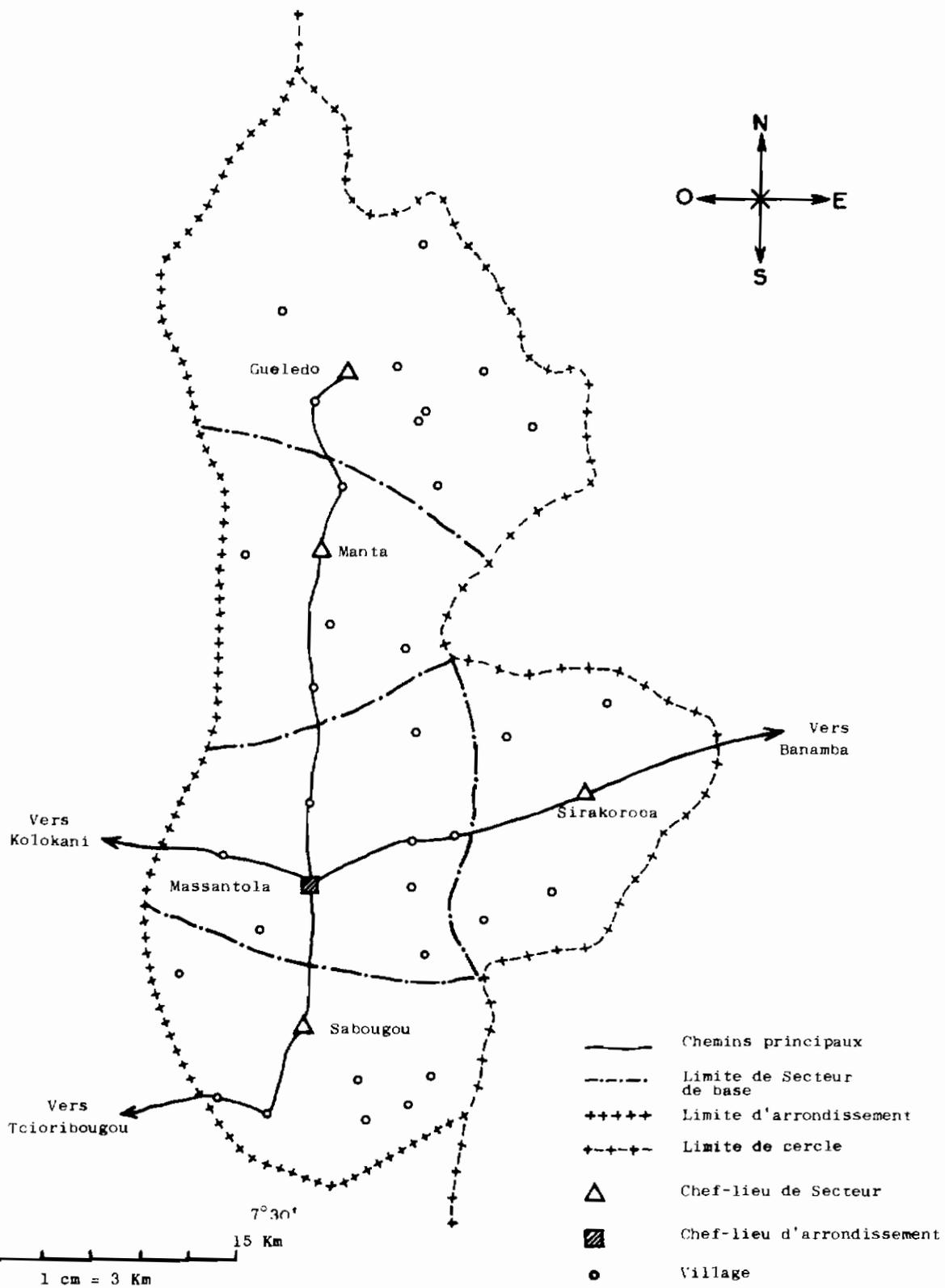
- Superficie	1 350 $\text{km}^2$
- Population	18 000
- Densité moyenne	11 h/ $\text{km}^2$
- Altitude	350 - 450 m.
- Isoyètes	750 - 1000 kms
- Hivernage	juin à septembre

La végétation dominante est celle de la savane sèche (karité, neré, baobab). Elle laisse place, à l'extrême nord, à une végétation qui devient

SITUATION DE L'ARRONDISSEMENT DE MASSANTOLA



ARRONDISSEMENT DE MASSANTOLA



progressivement de type sahelien avec des épineux. Alors que pendant l'hivernage les marigots y abondent, pendant la saison sèche il n'y a plus un seul cours d'eau ni un seul marigot dans tout l'arrondissement.

Le Niger et le Baoulé, grands cours d'eau du Mali et leurs affluents se trouvent à plus de 50 kms de Massantola.

En raison de l'état des routes qui parfois même sont inexistantes, les déplacements entre les différents villages sont souvent difficiles.

L'arrondissement est traversé par une piste non goudronnée, en fort mauvais état, qui relie Kolokani à Bamako et qui passe par le chef-lieu d'arrondissement. Les véhicules automobiles passent difficilement durant la saison des pluies.

La principale route de l'arrondissement est aussi une piste qui le traverse du nord au sud, et à laquelle débouchent les petits chemins et sentiers qui conduisent aux différents villages.

Plusieurs localités ne sont accessibles que par des sentiers à peine praticables avec un véhicule tout terrain.

Pendant toute la durée de l'hivernage, l'arrondissement est isolé des grands axes routiers les plus proches. De nombreux villages deviennent inaccessibles.

#### 5.1.2 Démographie

L'ethnie Bambara prédomine à 90 %, le reste étant constitué par de Peulhs. On y rencontre aussi quelques familles maures.

Les cinq secteurs sont répartis en 38 villages dont :

- 15 ont entre 100 et 250 habitants;
- 13 entre 250 et 500 habitants;
- 7 entre 500 et 1000 habitants;
- 3 entre 1000 et 1500 habitants.

La répartition de la population par village figure au tableau 8.

Tableau 8

Arrondissement de Massantola

Répartition de la population par village (1976)

Secteur de Massantola		Secteur de Manta	
Massantola.....	639	Manta .....	615
Dossorola .....	477	Koria .....	650
Konioumani .....	444	Massako .....	557
Zambougou .....	413	Kolon .....	452
Zerekoroko .....	347	Diéménékoura .....	342
Siratoma .....	326	Issiguila .....	<u>156</u>
Sanakoroni .....	247	Total secteur .....	2 772
Dotiambougou .....	226	<u>Secteur de Guélédo</u>	
Farabougou .....	<u>210</u>	Banankoro .....	554
Total secteur .....	3 328	N'djivinax .....	415
<u>Secteur de Sabougou</u>		Ouéssébougou .....	348
Sabougou .....	1 873	N'gohina Bambara ...	-
N'goloblemougou .....	1 345	N'gohina Peuhls ....	230
Ben .....	907	Kalifabougou .....	151
Fougan .....	791	Guélédo .....	211
Fontlébougou .....	419	Banan .....	136
Kofougan .....	235	Guémou .....	126
Kougoukoura .....	189	N'galabougou .....	<u>117</u>
N'golobougou .....	<u>147</u>	Total secteur .....	2 288
Total secteur .....	5 906	<u>Secteur de Massantola</u> 3 328	
<u>Secteur de Sirakoroba</u>		<u>Secteur de Sabougou</u> 5 906	
Sirakoroba .....	1 851	<u>Secteur de Sirakoroba</u> 3 064	
Gouaniébougou .....	358	<u>Secteur de Manta</u> 2 772	
M'pésséribougou .....	343	<u>Secteur de Guélédo</u> 2 288	
Bouadania .....	344	Total arrondissement 17 358	
Kenana .....	<u>168</u>		
Total secteur .....	3 064		

La densité moyenne de la population y est de 11 habitants au km<sup>2</sup>.

Au point de vue religieux, la très grande majorité de la population est restée profondément animiste; les musulmans sont au nombre de quelques centaines et il n'y a pas de chrétiens. L'arrondissement de Massantola appartient à la région historique de Beledougou, connue pour la noblesse des familles qui la peuplent et pour la résistance de sa population à toute influence étrangère.

### 5.1.3 Organisation sociale

Tous ces villages ont les mêmes structures administratives et sociales et à peu près les mêmes activités. Les rares différences sont dues à l'éloignement de certains villages qui restent isolés par manque de moyens de communication et de locomotion.

Les différentes organisations sociales sont :

- le Conseil de village : constitué par les notables, il comprend de 5 à 15 personnes selon l'importance du village. En général, ce sont les plus vieux et les plus aisés qui en font partie. Toutes les décisions administratives sont communiquées au "Conseil de village" qui les transmet à la population;
- l'Association des parents d'élèves : s'occupe du fonctionnement des cantines scolaires et de la gestion des cotisations fournies par les parents;
- le Comité culturel et de plein air ou CCPA : existe dans tous les villages. Il est constitué de jeunes et de certains agents administratifs (instituteur, matrone, etc.). Il est élu par l'assemblée générale des jeunes. Les ordres ou renseignements venant des autorités administratives sont transmis au CCPA par le Conseil de village. Les membres de ces comités veillent à ce que les jeunes participent aux cours d'alphabétisation fonctionnelle. Ils organisent souvent des journées de travail au cours desquelles ils confectionnent des briques, participent à la réparation des routes, à la construction de maternités ou aux travaux agricoles collectifs. Les revenus provenant des champs collectifs servent à organiser des manifestations éducatives et culturelles après les récoltes;

- l'Association des femmes, dont les membres sont élues par l'assemblée générale des femmes, s'occupe de la construction et de l'entretien des maternités. A cause de leurs nombreuses activités journalières (préparation du repas, transport de l'eau, travaux champêtres, préparation du beurre de karité) elles suivent rarement les cours donnés par les services d'alphabétisation fonctionnelle.

#### 5.1.4 Ressources

L'agriculture constitue l'unique ressource actuelle de l'arrondissement. Le mil y est peu commercialisé et représente la base de l'alimentation. L'arachide a vu son importance croître depuis 1962 grâce aux initiatives de l'opération arachide. En 1975, l'arrondissement en a commercialisé plus de 1200 tonnes.

Un peu de coton et de tabac destinés à la consommation locale y sont aussi cultivés.

Le jardinage familial est négligé par la plupart des familles à cause du manque d'eau quand il est pratiqué, il est réservé à l'autoconsommation.

L'élevage joue un rôle important comme le montre le tableau 9, autant que l'agriculture, l'importance relative de l'élevage dans cette zone.

Bovins, ovins, caprins, ânes et chevaux constituent un cheptel conséquent. Cependant leur élevage ne fait pas l'objet d'une exploitation rationnelle. En dehors des ovins et des caprins qui servent à la consommation locale les boeufs et les chevaux sont plus un signe extérieur de richesse qu'une source de revenus.

Tableau 9

Ressources économiques de l'arrondissement

S e c t e u r	Agriculture _ (en kg)				E l e v a g e (nombre)			
	Mil		Arachide		Ovin	Anes	Chevaux	Bovins
	Autocons.	Commerc.	Autocons.	Commerc.				
Massantola	700 000	96 164	180 000	427 800	1161	163	30	729
Sirakoroba	550 000	-	-	-	1295	171	23	866
Sabougou	1 000 000	92 376	115 000	267 200	2614	183	41	1715
Manta	500 000	30 015	144 000	299 800	1285	144	27	594
Gueledo	420 000	48 501	120 000	256 000	1393	143	53	459
Total	3 170 000	267 056	559 000	1 250 800	7748	803	174	4363
Total cumulé	3 436 056		1 809 800		-	-	-	-

Source :

L'auto-consommation de mil est calculée à partir de la population par secteur, en considérant que chaque personne en consomme en moyenne 500 g par jour, soit 180 kg par an. Les chiffres pour sa commercialisation proviennent de la FGR de massantola qui en assure la vente à l'OPAM.

L'auto-consommation de l'arachide, calculée à partir de la quantité commercialisée, est évaluée à environ 30 %. Les chiffres concernant la commercialisation proviennent de l'OACV.

Les chiffres concernant l'élevage proviennent du chef de l'arrondissement (ce sont les chiffres sur lesquels le fisc se base pour lever les impôts, c'est dire qu'ils doivent être largement inférieurs à la réalité).

L'artisanat : se limite à l'artisanat traditionnel (forgerons, tisserands). Il est destiné à la consommation locale et ne semble pas prédisposé par sa qualité à une exportation.

Autres ressources : le petit commerce d'un marché à l'autre permet à certains de trouver un complément d'argent liquide. De plus l'exode rural des jeunes constitue pour certaines familles une petite source de revenus, grâce aux sommes d'argent envoyées aux parents.

#### 5.1.5 Education

L'arrondissement possède cinq écoles : une secondaire à Massantola qui va jusqu'à la 9ème; et quatre écoles primaires dans les quatre gros villages. Elles ont été construites pour la plupart par la population.

5.1.6 L'alphabétisation fonctionnelle fonctionne depuis 1962; 30 centres ont été créés dans l'arrondissement. Ils dépendent d'un chef de zone d'alphabétisation fonctionnelle basé à Massantola.

Le tableau 10 fait état de la participation de la population au développement de l'infrastructure socio-sanitaire depuis 1972.

#### 5.1.6 Infrastructure sanitaire

L'arrondissement dépend du centre de santé de Kolokani, dont le médecin-chef est Docteur en médecine. Au niveau de l'arrondissement lui-même, on trouve :

- quatre dispensaires dont deux construits "en dur" par les français après 1950 à Manta et Saabougou, et tenus chacun par un aide-soignant disposant d'un stock de médicaments assez limité;
- le dispensaire de Massantola - centre de santé d'arrondissement - dispose trois petites cases rondes pour héberger les malades;
- cinq maternités rurales, toutes construites par la population et tenues par des matrones rurales;
- un dépôt de la pharmacie, tenu par la fédération "des groupements ruraux" à Massantola et quatre dépôts secondaires de village tenus par les matrones.

Tableau 10

Participation de la population au développement de l'infrastructure socio-sanitaire (1972-76)

Type de construction	Nombre	Coût des matériaux et salaires des ouvriers spécialisés par unité (en FM)
Maternités	5	750 000
Dispensaires	2	750 000
Logements infirmiers	2	250 000
Ecoles à 3 classes	3	900 000
Salle de classe	2	300 000
Dortoir de 4 pièces	1	1 200 000
Dortoir de 3 pièces	1	900 000
Cantine	1	500 000
Logements de maîtres	3	500 000
Bâtiment pour garde	1	800 000

La population a fourni toute la main d'oeuvre non spécialisée, en attribuant aux jeunes de chaque village une partie du travail à effectuer. Elle a également acheté le matériel nécessaire et payé la main d'oeuvre spécialisée (maçons) par la cotisation des parents.

La pathologie rencontrée dans l'arrondissement reflète essentiellement des maladies infectieuses, parasitaires et la malnutrition. La fréquentation des dispensaires est presque exclusivement limitée aux villages où se trouve un dispensaire.

## 5.2 Expérience de développement communautaire

Les premiers travaux entrepris à Massantola ont débuté en décembre 1975 de concert avec l'opération arachide. Une case fut mise à la disposition du centre de développement communautaire par le chef de l'arrondissement. Cette case fait partie de la concession du chef de village et permet de ce fait des contacts permanents avec la population.

Le 23 avril 1976, a été créé à Massantola un conseil d'arrondissement pour le développement rural qui comprend :

- un comité d'arrondissement chargé de gérer le patrimoine, de coordonner les activités, d'établir des contacts avec l'extérieur, de préparer les programmes et le budget;
- cinq comités de secteur, chargés d'adapter les programmes aux particularités locales et de les mettre en oeuvre;
- une assemblée générale.

La composition de ces instances est la suivante :

### Comité d'arrondissement :

- le chef d'arrondissement qui en est le Président;
- l'agent technique de la coopération;
- l'infirmier-chef de l'arrondissement;
- le chef de poste vétérinaire;
- la présidente de l'union des femmes;
- le directeur de l'école de second cycle de Massantola;
- le Président de la Fédération des Groupements ruraux;
- le Président de l'Association des Parents d'Elèves;
- le chef du sous-secteur de l'opération arachide et cultures vivrières;

- le Chef de la zone d'alphabétisation fonctionnelle;
- le Secrétaire général du CCPA central;
- un représentant de chaque comité de secteur.

Comité de secteur :

- le chef de village, chef-lieu de secteur, Président;
- le chef du poste médical;
- la matrone rurale;
- la Présidente de l'Union des Femmes;
- le Directeur de l'école du 1er cycle;
- le Président de l'Association des parents d'élèves;
- le Chef du secteur de base de l'OACV;
- le Secrétaire général du CCPA du secteur;
- un animateur de l'alphabétisation;
- un représentant de chaque groupement rural du secteur.

Assemblée générale :

Elle constitue le "Conseil d'arrondissement". Elle réunit les membres du comité d'arrondissement et des cinq comités de secteur, sous la présidence du chef d'arrondissement. Les comités siègent au moins une fois par an pour approuver le rapport d'activités de l'année précédente et pour voter le budget de l'année à venir.

La répartition des investissements, les modalités de recouvrement des bénéfiques, les demandes de cotisations, la répartition des tâches respectives de chacun ont été définies et votées en Assemblée générale par les représentants des villageois. Ainsi, il s'agit d'une entreprise auto-gérée et auto-suffisante.

Il regroupe des représentants de tous les organismes actifs intervenant dans la vie de l'arrondissement (le Conseil de village, les représentants de l'agriculture, de l'élevage, de l'éducation, de la santé, les jeunes, l'alphabétisation fonctionnelle, les fédérations des groupements ruraux, les parents d'élèves).

Sous la présidence du chef d'arrondissement, représentant l'autorité de l'Etat, et contrôlant la légalité de ses activités, il se donne pour raison d'être le développement socio-économique de l'arrondissement. Il conçoit son mode de fonctionnement comme celui d'une entreprise autogérée. Son patrimoine se compose de tous les biens que lui seront fournis soit par la population sous forme de cotisation, soit par l'Etat sous forme de subventions, soit par des organismes privés sous forme de dons. Ces ressources ne pourront en aucun cas être utilisées pour le fonctionnement. Elles doivent être investies dans les opérations que le Conseil aura jugées opportunes, et qui devront lui garantir des bénéfices. S'il s'agit d'investissements dans le domaine de la production (élevage, agriculture ou artisanat), ces bénéfices proviendront de l'augmentation de la productivité ainsi obtenue; s'il s'agit d'investissements dans le domaine des services publics (transports, santé, éducation et loisirs), ils proviendront des personnes qui auront joui de ces avantages, sous forme d'une participation financière.

Toutes les activités se tiennent sous le chapeau du Conseil d'arrondissement. Elles s'exercent dans les trois domaines-clé : économie, santé, éducation.

### 5.3 Economie

#### 5.3.1 Agriculture

Elle se limitait autrefois à la monoculture du mil. Après l'indépendance, l'arachide a fait son apparition, sa culture prend une nouvelle extension avec l'opération arachide. Mais les rendements à l'hectare restent encore très moyens et les méthodes de travail archaïques. Nous avons assisté aux délibérations du Conseil d'arrondissement préoccupé par cet état des choses. Pour y remédier, il a envisagé la possibilité d'organiser un champ communautaire dont les revenus seraient utilisés pour les besoins des villageois. Après discussions, les modalités de cette entreprise ont été définies comme suit :

Le champ sera cultivé par les jeunes, suivant un ordre qu'ils arrêteront eux-mêmes. Cette occasion sera mise à profit pour :

- vulgariser les nouvelles méthodes et techniques, telles que : utilisation de la charrue (la "daba" reste encore dans la plupart des villages l'outil privilégié); usage de l'engrais animal d'abord, chimique, ensuite (la mise en jachère et le feu de brousse sont encore très couramment utilisés), recours aux semences sélectionnées et traitées;
- diversifier les cultures en introduisant les cultures maraîchères dont les produits pourront être facilement rendus sur les marchés environnants, la riziculture et les plantations de coton;
- améliorer le régime alimentaire.

Ces opérations doivent se solder sur des bénéfices et tout investissement devra être amorti afin de promouvoir d'autres activités, a décidé le Conseil.

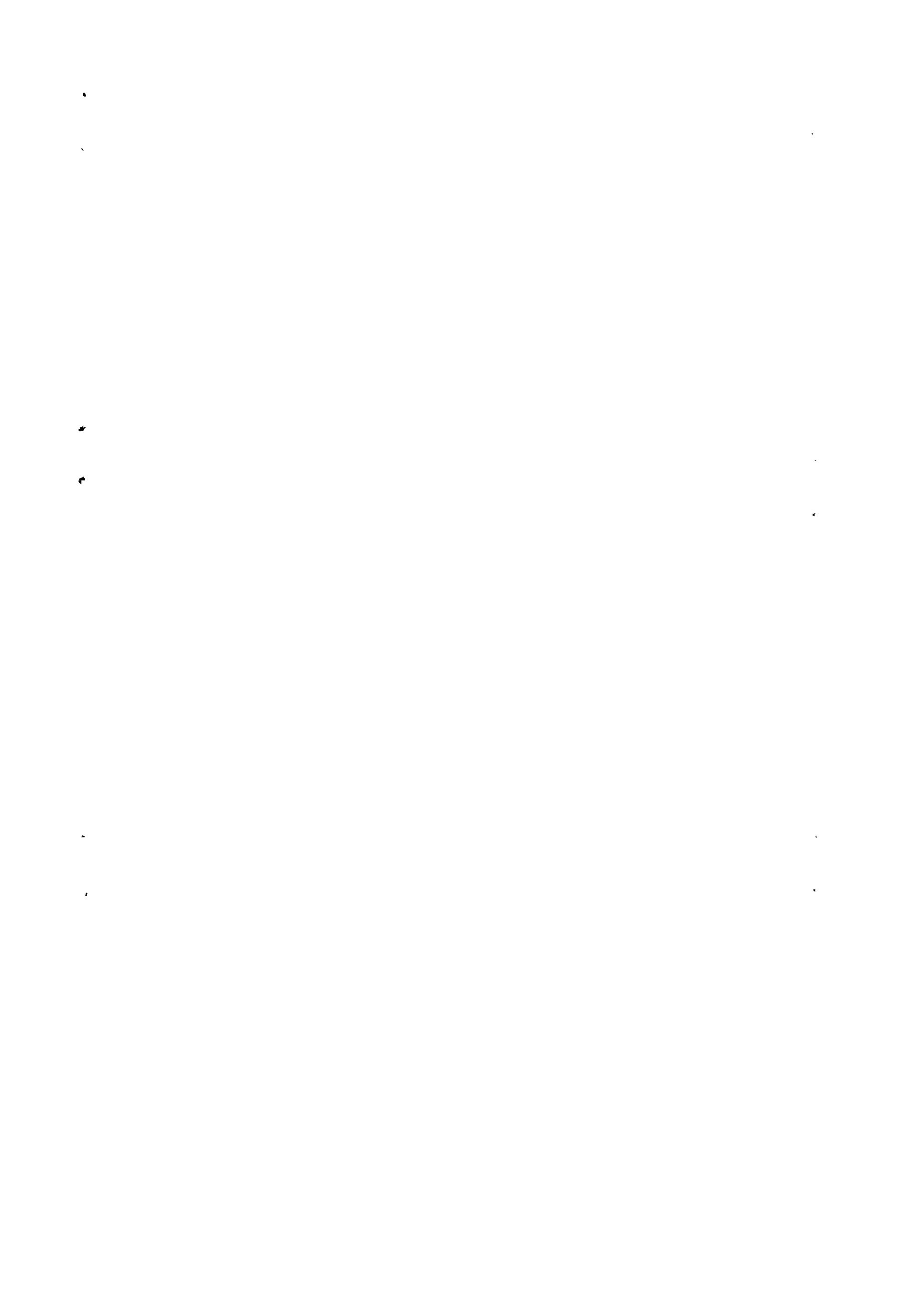
Cette expérience a déjà été tentée avec succès dans les cinq sous-secteurs de l'arrondissement où les bénéfices ont permis d'augmenter le capital initial, et même de contribuer aux frais de fonctionnement de certains services publics.

Il est maintenant envisagé d'étendre cette expérience aux villages.

Les participants ont pu appliquer les nouvelles techniques apprises au champ communautaire dans leur propre jardin ou champ. A cet égard, il est à noter que cette formule évite les jalousies créées par l'existence du "paysan pilote".

#### 5.3.2 Elevage

Les troupeaux sont nombreux, mais mal exploités. Ils contribuent surtout à accroître le prestige social du propriétaire. Cependant, ils constituent une sorte de "caisse d'épargne" du paysan qui les achète après les récoltes et les vend souvent en période de difficulté. En fait, le Bambara hésite beaucoup avant de se désaisir d'une partie de son petit troupeau. En dehors des cérémonies coutumières ou de la blessure d'une bête, les occasions où l'on mange de la viande de bovin sont exceptionnelles.



Dans l'avenir, l'arrondissement pourra trouver dans cette initiative une source nouvelle de revenus.

#### Artisanat

Il reçoit une attention nouvelle, on trouve, par exemple à Massantola, des forgerons spécialisés dans le travail du fer et du bois qui fabriquent les planches et les poutres soutenant les maisons. Il est prévu de leur apprendre des techniques nouvelles qu'appelle la modernisation de la case traditionnelle et de les équiper en matériel plus approprié. On se propose également de valoriser le tissage, la teinture, les poteries et la vannerie.

#### 5.4 Santé

##### 5.4.1 Problèmes sanitaires

On relève parmi les endémies les plus fréquentes : paludisme (index plasmodique = 60 % en fin de saison sèche), schistosomiase (60 % des moins de 20 ans sont porteurs d'oeufs dans leurs urines en fin de saison sèche), tuberculose, trachome, lèpre, parasitoses (ascaridiose, ankylostomiase, amibiase, mycetomes, éléphantiasis) et les affections transmises par voie sexuelle.

Les 3000 consultants qui se sont présentés au dispensaire, de mars à fin avril 1976, présentaient les symptômes suivants :

- fièvre isolée .....	17,1 %
- céphalées .....	15,7 %
- affections dermatologiques..	11,4 %
- conjonctivites .....	8 %
- diarrhées .....	6,8 %
- affections pulmonaires .....	4,5 %
- douleurs rhumatismales .....	4,3 %
- douleurs abdominales .....	4,3 %
- traumatismes .....	3,4 %
- diarrhées et dysenteries ...	3,3 %
- otites .....	2,8 %
- gonococcie .....	2,4 %
- hématuries .....	0,6 %
- autres .....	4,8 %

Il est évident que les malades qui se présentent en consultation ne reflètent pas toute la pathologie dont souffre la population. Les cas patents de malnutrition sont rares, mais les états nutritionnels précaires sont fréquents. Seules des études longitudinales permettront de mieux préciser par exemple la nature de cette malnutrition qui semble influencer l'état sanitaire des populations.

#### 5.4.2 Réorganisation du système sanitaire

Nous avons collaboré à cette réorganisation qui s'est située aux trois niveaux : village; secteur de base; arrondissement.

##### 5.4.2.1 Village

Dans chaque village on a mis en place une équipe de santé villageoise suivant l'importance du village, qui comprend un ou plusieurs agents sanitaires, animateurs, accoucheuses traditionnelles, ainsi qu'un comité de santé.

L'équipe prend en charge l'ensemble des problèmes de santé en collaboration étroite avec les structures sanitaires des niveaux supérieurs. Elle assure :

- le traitement des affections simples;
- les conseils en cas d'affections plus graves;
- les évacuations sanitaires;
- l'assainissement du milieu;
- la protection maternelle et infantile ou "santé de la famille";
- la lutte contre les maladies transmissibles.

Pour le traitement des affections simples, l'équipe dispose d'une case qui peut être considérée comme un dispensaire de village, d'une pharmacie dont la première dotation a été achetée par le village. Cette pharmacie possède des médicaments simples tels que : chloroquine, aspirine, sulfaguandine, collyre, mercurochrome, potion calmante contre la toux, teinture de belladone, coton d'origine locale et bandes. Elle possède aussi une paire de ciseaux, du matériel de secourisme de fabrication locale (attelles, brancard), du savon.

Elle dispose enfin, d'une boîte d'accouchement contenant quelques paquets de lames de rasoir, du fil de coton, de l'alcool, une toile cirée et des bandes.

Les soins sont faits par les agents de santé et les animatrices selon une formule décidée sur place. A priori, les premiers s'occupent plus spécialement des hommes et les secondes des femmes et des enfants. Les soins sont payants à l'unité. La somme récoltée est gérée par le Conseil de santé du village et permet d'approvisionner la pharmacie à partir du dépôt pharmaceutique détenu par la Fédération des Groupements ruraux. On espère pouvoir instaurer un tarif unique par consultation. Le montant demandé sera égal à la somme totale des dépenses en médicaments pendant une période donnée divisée par le nombre de consultations pendant la période en cours.

Le nombre de consultants, leur sexe, leur âge, les symptômes présentés et le traitement prescrit sont notés sur un registre. Dans les villages non alphabétisés, un système d'enregistrement spécial sera mis au point.

En cas d'affection plus grave, les membres de l'équipe de santé conseillent aux malades qu'ils ne savent pas traiter, de se rendre au plus vite au dispensaire le plus proche.

En cas d'urgence, l'équipe de santé dispose d'une charrette qui appartient au groupement rural et qui peut être utilisée pour procéder à une évacuation sanitaire sur le dispensaire le plus proche.

L'assainissement du milieu est pris en charge par les jeunes du village, sous l'autorité du Conseil de Santé. Les agents sanitaires mettent au point en commun avec l'aide-soignant un programme comportant la protection des puits, la construction de latrines salubres, le contrôle des ordures ménagères, la propreté du village, la protection des marigots, la suppression des eaux stagnantes à proximité du village et la facilitation de l'écoulement des eaux.

La protection maternelle et infantile constitue l'une des tâches majeures de l'équipe de santé. Elle est prise en charge par l'animatrice

et l'accoucheuse traditionnelle qui travaillent ensemble. L'animatrice est chargée de développer l'intérêt des femmes pour les actions de PMI. Pour y parvenir, elle travaille en équipe avec la matrone rurale. La première est certainement la personne la plus capable de par son plus jeune âge de mener à bien les activités de PMI. La seconde constitue un élément indispensable si l'on veut introduire des comportements nouveaux au sein de la collectivité villageoise. Le pouvoir coutumier des vieilles femmes est tel que les négliger serait la cause de nombreux échecs. Le couple animatrice-accoucheuse traditionnelle est donc un couple de développement qui associe l'autorité (la vieille femme) et le changement (la plus jeune). Ce couple :

- éduque les femmes au cours des discussions en leur donnant des avis et des conseils aptes à protéger leur santé et celle de leurs enfants;
- traite les affections simples des femmes et des enfants, tout en poursuivant l'éducation pour la santé. Car l'enfant malade est la meilleure occasion pour expliquer à une mère quelle doit être son attitude;
- lors de la visite mensuelle de la matrone, s'assurer de la présence de toutes les femmes enceintes, des mères d'enfants en bas âge, participe à l'examen, prend note des recommandations données pour chacune d'elles : (conseils diététiques, hygiène de vie, convocations pour les vaccinations, dates de venues à la maternité avant l'accouchement);
- tient à jour, avec l'agent sanitaire de village, le registre des naissances et des décès;
- s'efforce d'amener les femmes à accoucher dans les meilleures conditions. La femme enceinte doit se rendre à la maternité à partir du huitième mois de la grossesse. Elle y sera hébergée et échappera ainsi aux corvées familiales. Elle sera déjà sur place au moment de son accouchement. Cette attitude ne sera évidemment pas celle de toutes les femmes. En cas de refus de la femme ou de son mari de quitter le village, l'accoucheuse traditionnelle sera à même de procéder convenablement à l'accouchement qui comporte : la section aseptique du cordon et le pansement ombilical; l'évacuation sanitaire d'urgence lors d'une non progression du travail ou en cas d'hémorragie ou d'autre accident;

- assure l'éducation sanitaire des femmes en matière de vaccination;
- dépiste les enfants malnutris et donne à leurs mères les conseils nécessaires;
- participe avec la matrone, selon une technique codifiée au dépistage de la malnutrition, surveille les enfants menacés de malnutrition et donne des conseils diététiques à la mère.

En outre, les animatrices se rendent à tour de rôle suivant un calendrier établi au niveau de l'arrondissement, au centre de récupération des enfants malnutris de Massantola.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles, une fois par an, la population du village est soumise à une visite systématique, effectuée par l'infirmière d'arrondissement, l'aide-soignant et la matrone du secteur de base. L'équipe de santé facilite cette visite entreprise pour dépister les tuberculeux, les lépreux, les trachomateux, les porteurs d'affections chroniques pouvant être traitées ou opérées (mycétomes, hernies et plaies suppurantes), les porteurs d'infirmités telles que la cataracte et les personnes en mauvais état général ou souffrant de carence. Ce dépistage systématique permettra d'organiser un programme spécifique au niveau de l'arrondissement, du cercle ou de la région.

Le comité de village coordonne toutes ces activités; il englobe le conseil de village et les représentants des unions des femmes et des jeunes. C'est l'instance supérieure sans laquelle aucune initiative ne peut être prise à l'intérieur du village. Il étudie les propositions faites par l'équipe de santé et prend les mesures qu'il juge acceptables. Il choisit les agents sanitaires et supervise leurs activités. Il donne à l'équipe de santé les moyens nécessaires pour mener à bien ses activités : achat de médicaments, de vaccins, protection des puits. Les femmes sont plus précisément responsables des activités de PMI, elles assurent le financement et la bonne marche de tous les projets qui concernent la femme et l'enfant.

#### 5.4.2.2 Secteur de base

Rassemblant 5 à 10 villages autour d'un dispensaire et d'une maternité construits par la population, il dispose d'une équipe de santé de secteur composée d'un aide-soignant et d'une matrone rurale; d'un conseil de santé de secteur.

Le dispensaire dispose des mêmes médicaments que ceux du village plus la pénicilline et le quinimax (solution de quinine injectable). Les consultations sont faites par l'aide-soignant et la matrone rurale qui en outre assurent à tour de rôle un service de garde.

La maternité dispose d'une salle d'accouchement équipée d'une table d'accouchement et d'une trousse UNICEF (gants à usage multiple, ciseaux, pinces, stéthoscope obstétrical, fil à suture) de quelques médicaments d'urgence (ocytocique et Vit K) d'un pèse-bébé, d'un pèse-personne, d'une toise et d'un centimètre ruban.

On y trouve :

- une salle réservée à l'hébergement des femmes en attente d'accouchement;
- une salle pour les accouchées qui restent à la maternité jusqu'à la chute du cordon;
- une cuisine où les femmes ou leurs accompagnatrices peuvent préparer leur nourriture.

L'aide-soignant réside à proximité du dispensaire et a une molybette pour ses déplacements. Il assure la surveillance et le service de garde au dispensaire. Il supervise le fonctionnement des équipes de santé villageoises de son secteur en leur rendant au moins une visite mensuelle pour assurer une consultation avec les agents sanitaires, contrôler la pharmacie de villages, établir le bilan mensuel d'activités de l'équipe (nombre de consultants, naissances, décès). En consultation avec le Conseil de santé de village, il élabore un programme d'activité pour l'équipe de santé (assainissement, préparation de la visite systématique annuelle et des séances de vaccination, tenue de la pharmacie, problèmes du dispensaire et de la maternité).

La matrone rurale loge à proximité de la maternité rurale et dispose d'une mobylette qu'elle peut éventuellement partager avec l'aide-soignant. Elle assure la consultation et le service de garde du dispensaire en l'absence de l'aide-soignant. Elle supervise les activités des animatrices, des accoucheuses traditionnelles et des comités locaux des femmes au cours de ses visites mensuelles dans chacun des villages du secteur.

Le comité de santé du secteur comprend des représentants des conseils de village et des unions des femmes et des jeunes. Il coordonne les activités concernant l'ensemble du secteur. Il supervise et finance le fonctionnement de la maternité, du dispensaire et des activités propres à l'ensemble du secteur.

#### 5.4.2.3 Arrondissement

L'équipe de santé d'arrondissement se compose de l'infirmier-chef d'arrondissement et d'un comité de santé d'arrondissement. L'infirmier supervise l'ensemble des activités sanitaires de l'arrondissement et notamment :

- les cinq secteurs de base, leurs dispensaires et maternité;
- la situation sanitaire de l'arrondissement à partir des fichiers, des registres de consultation et des enquêtes qu'il peut effectuer de temps à autre;
- la consommation en produits pharmaceutiques, la bonne marche du circuit de distribution et la bonne gestion des pharmacies;
- les activités de santé publique (assainissement, vaccinations, lutte contre la tuberculose et lèpre, PMI).

Il assure en outre la formation et le recyclage des agents sanitaires de village, des animatrices, des accoucheuses traditionnelles, en collaboration avec les infirmiers et matrones spécialisés venus de Kolokani. En plus des médicaments existant au dispensaire, on y trouve du matériel à perfusion, des antibiotiques injectables par voie intraveineuse, des médicaments tels que la dehydroemistine, la quinine, le chloramphénicol, la tétracycline, les sulfamides et les antispasmodiques.

Il est chargé de préparer avec l'infirmier-chef d'arrondissement et le médecin-chef du cercle, le programme sanitaire pour l'année à venir et de la défendre devant le conseil d'arrondissement qui sera amené à le voter (argent, matériaux, travail). Il gère l'ensemble des dépenses de santé pour l'arrondissement. Il participe au conseil de santé de cercle.

Le comité de santé d'arrondissement comprend le chef d'arrondissement, des représentants des conseils de villages, des unions des femmes et des jeunes et de la Fédération des Groupements ruraux de Massantola.

Les évacuations sanitaires s'effectuent sur Kolokani grâce au véhicule du Développement communautaire qui ne doit pas en principe s'absenter de Massantola pendant plus de 12 heures sauf lors des voyages périodiques sur Bamako. La supervision du système sanitaire de Massantola est assurée par le médecin-chef de cercle et son équipe.

Les matrones rurales sont des jeunes filles, célibataires, âgées d'une vingtaine d'années, ayant 5 ou 6 ans d'études à l'école fondamentale et sortant des centres de formation de matrones de Ouelessebougou ou Kolokani, après 6 à 12 mois d'études suivant les centres. Elles ont été recrutées par le CAC de Kolokani qui leur verse une solde mensuelle de 21 000 F. Elles disposent d'une trousse UNICEF. Leur logement a été construit par la population. Elles assurent dans leur secteur, une fois par semaine, une consultation prénatale des femmes enceintes et postnatales pour les accouchées et leurs enfants effectuent les accouchements et évacuent les urgences sur la maternité de Kolokani. Elles secondent l'aide-soignant dans ses tâches et tiennent un petit dépôt pharmaceutique qui leur est confié par la Fédération de Massantola.

En réalité, l'administration interdit désormais aux accoucheuses traditionnelles de poursuivre leurs activités et aux femmes d'accoucher en dehors des matrones. Les contrevenantes sont passibles d'une amende de 2000 FM.

#### 5.5 Education

Pour les adapter aux structures de développement communautaire élaborées à Massantola, les écoles sont ruralisées. Cette ruralisation est

une chose très importante. On constate que dans les zones rurales, trois enfants sur quatre abandonnent leurs études. Une grande partie émigre vers les villes. Devant de tels résultats, les parents se demandent s'il est vraiment utile d'envoyer leurs enfants à l'école. Car, même ceux qui reviennent à la terre ne font pas le travail aussi bien que ceux qui ne l'ont jamais quittée. Il se pose aussi le problème de l'autosubsistance et de l'amélioration des conditions de vie des enfants à l'école surtout en ce qui concerne la nourriture fournie par les cantines.

La ruralisation de l'école consiste à y introduire un enseignement pratique, agricole. Lors de notre stage, nous avons participé à la création d'une ferme où les enfants vont tenir un petit élevage de poules, de lapins, un bergerie et un jardin. Pendant l'hivernage, ils vont cultiver un "champ d'élèves" où ils apprendront à se servir d'une charrue, à utiliser les engrais, tout ce qu'il faut pour avoir un bon champ. Les meilleurs élèves continueront leurs études et les autres retourneront à la terre avec des méthodes nouvelles.

Les revenus de cette ferme et du champ serviront à entretenir l'école (construction de nouveaux locaux, achat de matériel scolaire) et à diversifier le régime des enfants vivant dans la cantine scolaire. Une telle ferme est prévue pour les femmes aussi; les ressources serviront de fonds aux activités de PMI.

6. ANALYSE DE LA SITUATION

Malgré la bonne foi évidente des pouvoirs publics, de par l'exposé qui vient d'être fait de l'expérience malienne, il est manifeste que le développement communautaire, de même que la prestation de services sanitaires efficaces à l'échelon rural et périphérique, présentent des lacunes et insuffisances qu'il importe de bien cerner en vue d'en déterminer les causes, pour toute action corrective ultérieure.

#### 6.1 Ministère de tutelle

La première question que nous nous sommes posées fut de savoir si le développement communautaire est le mieux servi sous la tutelle du Ministère de la santé. En effet, si l'approche des problèmes sanitaires par le biais du développement communautaire intégré est correcte et rationnelle, l'inverse ne nous paraît pas certain.

Il n'est un secret pour personne que dans la plupart des pays du tiers monde et même du monde en général, les Ministères de Santé et des Affaires sociales ne jouent pas le rôle qui devrait être le leur sur l'échiquier national : leurs budgets sont souvent très modestes, et même insuffisants pour faire fonctionner les établissements sanitaires fixes (hôpitaux, centres de santé, etc.). Souvent, d'année en année, le même budget est simplement reconduit sans tenir compte de l'accroissement démographique et des coûts des médicaments et des services dans la conjoncture présente. Chacun est apparemment convaincu de l'importance de la santé. Mais lors des arbitrages budgétaires, priorité est donnée aux autres secteurs réputés "plus économiques" et soi-disant "rentables".

Ainsi, la santé fait souvent figure de parent pauvre et les infrastructures souvent coûteuses ne sont pas entretenues et se détériorent, faute d'un entretien régulier et adéquat; le manque d'argent d'ailleurs, n'en est pas la seule cause. De plus, le coût des médicaments devient de plus en plus prohibitif, limitant ainsi l'action du gouvernement en faveur des classes les plus nécessiteuses, c'est-à-dire de la grande majorité. A tout cela doivent

s'ajouter les difficultés résultant de l'utilisation d'un personnel insuffisant tant au point de vue quantitatif que qualitatif, et fort irrégulièrement réparti sur le territoire national. Si l'on veut qualifier le développement actuel des services de santé au Mali, on est obligé de constater qu'il profite surtout aux habitants des villes et qu'il n'est pas en mesure avec les moyens actuels d'assurer à toute la population la prestation de soins essentiels.

Cependant comme nous l'avons déjà fait remarquer, c'est au Ministère de la Santé qu'a été confié par le biais de sa Direction des Affaires Sociales, le développement communautaire. Or, rien dans ses structures, ses traditions et son expérience, ne prédispose ce Ministère à cette tâche. Aussi a-t-il fonctionné dans la logique et les limites de son système, c'est-à-dire qu'à la sollicitation "développement intégré" il a répondu par "formation d'aides sociales", apport intéressant, certes, mais totalement insuffisant face aux tâches réelles de développement.

Le personnel dirigeant, les cadres techniques, le support matériel et logistique du Ministère de la Santé n'ont pas été renforcés pour pouvoir aborder avec, ne serait ce un minimum de chance, de succès, les problèmes que posent inévitablement tout développement intégré.

#### 6.2 Centres de développement communautaires

Ils n'ont jamais fonctionné à ce titre; ils sont restés ce qu'ils étaient, c'est-à-dire des centres sociaux faisant un peu d'économie domestique, certains travaux féminins, des activités d'alphabétisation et surtout la PMI. A aucun moment ils ne sont parvenus à être des centres d'animation et de développement pluridisciplinaires.

D'ailleurs, ils n'ont jamais eu de ressources compatibles avec leur mission et leur création n'était pas considérée comme une condition indispensable au démarrage du développement; de plus, elle dépendait essentiellement des financements extérieurs, ce qui va à l'encontre du concept même du développement.

Aussi, même dans les domaines où ils auraient pu mieux se faire valoir, les prestations ne nous paraissent ni complètes, ni adéquates et ni suffisantes. Sur le plan sanitaire et tout particulièrement sur le plan de la protection des enfants, on peut signaler que peu d'attention a été accordée aux nombreux enfants malnutris, et que même les consultations pré et postnatales n'ont été réalisées que lors des passages dans les villages du personnel de la PMI de l'arrondissement.

Plus grave encore, aucun programme d'immunisation n'est mis en oeuvre, laissant ainsi la partie la plus vulnérable de la population sans protection immunologique dont elle a tant besoin pour survivre et assurer le renouvellement social. De plus, le personnel d'encadrement du chef-lieu d'arrondissement, n'a pas une formation suffisante en santé publique, sa préparation de type traditionnel ne l'incite guère à rechercher le contact avec les populations, en vue de lui prodiguer les soins nécessaires et surtout de l'éduquer.

Quant au personnel local opérationnel - les matrones, elles se heurtent à des sérieuses difficultés. Leurs connaissances sont souvent sommaires ou mal assimilées. Etant jeunes et célibataires, elles sont victimes de préjugés et coutumes locales qui veulent que les personnes de cette profession soient des femmes âgées, ayant donné le jour à plusieurs enfants et qui par conséquent sont réputées "sérieuses", expérimentées, dignes de confiance et respectées. Les matrones se heurtent à l'hostilité des accoucheuses traditionnelles qui se sentent évincées et qui s'opposent de façon parfois occulte à leurs activités. Si les jeunes matrones ne sont pas originaires de la région où elles opèrent, elles sont mal reçues et considérées comme des "étrangères". Souvent elles se marient et il est difficile de les remplacer. Aucun moyen de locomotion n'est prévu pour leurs déplacements.

En ce qui concerne l'hygiène du milieu, il faut avouer que le personnel n'a pas été recyclé, de même que les matrones et les animateurs, de façon à lui permettre de rendre les services qui font si cruellement défaut dans ce domaine. Leur apport qui aurait dû être décisif, est resté marginal.

On ne peut pas demander aux formateurs des centres de développement communautaire, qui eux mêmes n'ont pas reçu un enseignement théorique et pratique en rapport avec le génie rural, même dans ses aspects les plus élémentaires, de transmettre ce qu'ils n'ont pas appris.

Aussi, le plus souvent, l'assainissement a été négligé, ce qui est préjudiciable à la santé collective de même qu'au développement tout court des zones rurales concernées.

Un autre facteur négatif a été l'absence de préparation et l'improvisation qui ont caractérisé le volet "éducation pour la santé" des animateurs ruraux.

En effet si chaque travailleur de la santé doit faire de "l'éducation pour la santé", il ne s'ensuit pas pour autant qu'il en ait la capacité. Dans ce domaine, particulièrement la bonne volonté malheureusement ne suffit pas. Il faut un entraînement adéquat donné par un personnel compétent non seulement initié aux techniques de contact avec le public et d'utilisation des "media" mais aussi instruit des particularismes locaux. Le désir de promouvoir la participation populaire est là, mais les animateurs n'ont pas toujours su comment s'y prendre et la population n'a pas été préparée convenablement pour jouer le rôle prépondérant qui est attendu d'elle.

### 6.3 Comités d'actions et groupes d'animation

Les concepts à la base de ces deux structures sont valables, car ils visent à faire participer des populations à la conception, gestion et exécution de programmes d'intérêt local. Mais dans la pratique du fait que le commandant de cercle est automatiquement placé à la tête du Comité d'action, les paysans ont tendance à s'en remettre à lui et à perdre toute initiative, attendant que des instructions leur soient données.

D'autre part, les coopératives, quand elles existent, sont organisées de façon que les paysans, même quand ils versent leur quota-part, ne participent pas effectivement à la gestion de l'entreprise commune. Les évaluations sont faites par les seuls membres de l'administration et portent uniquement sur le matériel distribué, les sommes avancées et jamais sur la satisfaction des besoins essentiels des paysans, sur leur niveau de santé.

Quant aux groupes d'animation, leur utilité serait incontestable si le concept fécond de l'animation rurale avait été approfondi. On ne s'improvise pas animateur rural et de ce fait leur rôle a été plus que limité.

Compte tenu des conditions locales, il est difficile à un animateur de donner un plein rendement sur la base d'un bénévolat pur. Les problèmes de subsistance personnelle et d'entretien de famille ne tardent pas à se présenter et l'enthousiasme du début disparaît peu à peu. Un autre handicap sérieux a été le manque de coordination, des structures d'intervention surtout au niveau des grandes opérations agricoles. Les divers services publics et organismes qui y participent, travaillent en vase clos, chacun étant concerné par ses propres activités. Le paysan est souvent décontenancé par les sollicitations et directives de tous ordres qui lui parviennent et peu à peu sa méfiance traditionnelle reprend le dessus et il se ferme aux idées nouvelles.

7. QUELQUES SUGGESTIONS POUR L'AVENIR

Mais, malgré ses erreurs et lacunes, l'expérience malienne n'est pas complètement négative et à l'intérieur même des structures mises en place pour fonder un véritable développement basé sur une activité économique, on peut trouver des aspects très valables qui, convenablement exploités, peuvent servir de fondement à toute action visant à améliorer la situation actuelle. Dans cette perspective, il y a lieu de repenser l'organisation du développement communautaire de même que l'insertion des aspects de santé collective dans le cadre d'une conception intégrée de ce développement, à l'onde des éléments conceptuels suivants :

#### 7.1 Planification et intégration des activités plurisectorielles

Compte tenu des moyens limités dont disposent les gouvernements des pays en développement, une planification rigoureuse s'impose afin d'éviter les hésitations, les faux pas, les double-emplois, le manque de coordination et le gaspillage.

Lorsque le développement d'une région rurale est axé sur une opération agricole, il importe que les autres secteurs du développement socio-économique santé, éducation, travaux publics, etc. participent dès le départ à la planification générale et que leur apport soit considéré comme partie intégrante d'un tout qui est le développement intégré de la région rurale concernée. Les ressources particulières en provenance d'autres ministères doivent être identifiées, dégagées et mises à la disposition de l'opération qui, à son tour, fournit les ressources additionnelles nécessaires au succès de l'entreprise.

Il faut donc une planification intégrant toutes les activités et une mise en oeuvre coordonnée où l'accent est mis sur l'unité de l'objectif et de l'action : le développement total de la population.

#### 7.2 Priorité à la production

Les collectivités rurales, généralement démunies et sans accès aux sources ordinaires de capitaux, doivent faire face à un ensemble complexe de problèmes où tous les aspects de la vie, doivent être envisagés en vue de leur amélioration.

Comme les besoins individuels et collectifs ne peuvent être satisfaits si aucune ressource substantielle n'est disponible : le premier objectif doit être, logiquement de développer les activités susceptibles d'élever le niveau économique de la zone concernée afin de permettre à ses populations non seulement de survivre mais encore de constituer certaines réserves pour pouvoir investir, améliorer les infrastructures économiques, sociales sanitaires et autres et aussi d'aménager les loisirs.

Voilà pourquoi le développement communautaire nous semble devoir être confié au Ministère le mieux équipé pour agir sur les facteurs économiques conditionnant le développement tout court.

Compte tenu du rôle important que joue l'agriculture dans l'économie nationale, de la situation embryonnaire du secteur industriel et minier, et de la nécessité absolue d'arriver à une auto-suffisance sur le plan alimentaire, le Ministère de l'Agriculture et de la Production apparaît comme le meilleur choix. Ce n'est pas sans raison que dans le tiers-monde, confronté au problème de la faim, l'agriculture est souvent considérée comme la priorité des priorités.

Le Ministère de l'Agriculture dispose de cadres techniques pour planifier, gérer et exécuter des projets agricoles les mieux adaptés aux conditions climatiques et pédagogiques locales; ingénieurs agronomes, ingénieurs agricoles, agents agricoles, mécaniciens tractoristes etc.

Il bénéficie d'un préjugé favorable et d'un traitement préférentiel lors de la répartition des ressources tant nationales qu'extérieures. Son action est mieux comprise par les paysans qui sont en mesure d'en apprécier directement le bien fondé. Les résultats bénéfiques obtenus créent un climat psychologique pour promouvoir le changement tant en ce qui concerne les idées que les comportements. Aussi, utiliser les grandes opérations agricoles comme support du développement d'une région rurale est une idée judicieuse qui mérite d'être généralisée à d'autres régions

du pays et aussi d'être complétée par d'autres types d'activités, non moins essentielles, qui doivent se greffer sur les activités de production.

### 7.3 Transformation de l'environnement rural

Le dégagement de ressources supplémentaires, comme précédemment indiqué, a essentiellement un but pragmatique et rénovateur. Transformer petit à petit l'environnement rural de sorte à satisfaire dans la mesure du possible, grâce à leurs efforts personnels, secondés par l'Etat qui lance le mouvement de rénovation et encadre les masses, une condition sine qua non de ce changement est la formation des personnels.

#### 7.3.1 Formation du personnel d'encadrement

Aucune entreprise ne pouvant atteindre ses objectifs en l'absence d'un personnel approprié, il importe de former, et bien former :

- les cadres agricoles pour qu'ils puissent mener à bien leurs tâches techniques spécifiques et en même temps participer aux campagnes tendant à sensibiliser et motiver les masses et prendre une part active à l'éducation populaire;

- les cadres sanitaires pour participer au travail communautaire en accentuant la prévention, la santé publique et l'éducation pour la santé; ceci exige que le personnel soit préparé à travailler dans les zones rurales.

- les maîtres d'écoles et les agents d'alphabétisation des adultes non seulement à donner un enseignement formel et livresque, mais surtout pour amener la clientèle, tant enfantine qu'adulte à trouver à l'école, une initiation à une meilleure vie à la santé et au travail productif.

L'animateur rural ("Agent de Santé communautaire"), pour guider, coordonner et promouvoir l'oeuvre commune issu du même milieu que les villageois ayant partagé leur vie, il doit être choisi pour son ascendant personnel. Le manuel "Agent de Santé communautaire", préparé par l'OMS, pourrait pallier l'absence de manuels conçus en fonction des besoins spécifiques de notre pays.

#### 7.3.2 Education des masses

Toute action est condamnée d'avance si ceux qui doivent en être les premiers bénéficiaires ne l'adoptent pas et n'y participent pas. L'expérience l'a prouvé, il est indispensable de préparer les esprits soigneusement et longuement avant le démarrage des projets. Cette sensibilisation doit se poursuivre tout le long des opérations et faire corps avec elles. L'éducation permanente des masses est non seulement un devoir mais un gage de succès. L'éducation pour la santé dans ce contexte a un rôle important à jouer en mobilisant les villageois et les amenant à améliorer leur propre santé.

#### 7.3.3 Amélioration de l'habitat

La case, la ferme et ses dépendances constituent l'environnement immédiat du paysan et de sa famille. Une fois assurées les premières récoltes, un des premiers soucis doit être d'améliorer l'habitat du villageois, en tenant compte des habitudes locales, des matériaux techniques et style de l'endroit, sans renoncer pour autant à améliorer au point de vue hygiène, confort et esthétique.

L'agent d'hygiène du milieu et du génie rural, mobiliseront donc les populations convenablement en vue d'améliorer l'habitation, d'assurer l'approvisionnement en eau et l'évacuation des excréta, de construire les édifices communautaires, des petits ouvrages d'irrigation et pour l'entretien des voies de communication.

#### 7.3.4 Organisation sanitaire

La santé étant le premier des biens, les plans de développement doivent prévoir les voies et moyens pour aménager les prestations sanitaires.

Aux concepts traditionnels coûteux, aboutissant à une médecine chère, spécialisée et accessible seulement à une toute petite couche sociale, on préférera une médecine large, simple, pratique, efficace et à la portée des masses.

L'approche "soins de santé primaires" telle que proposée par l'OMS et déjà mis en oeuvre dans un certain nombre de pays, offre des perspectives réalistes susceptibles d'être adaptées aux besoins de chaque pays. En effet, l'objectif visé est la fourniture de soins essentiels à toute la population, les ressources matérielles, humaines et autres devant provenir en priorité de la zone concernée. Ceci postule la révalorisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, les guérisseurs et matrones traditionnelles, la formation d'un personnel local, recevant le plein appui de sa collectivité etc.

L'accent devra être mis sur la médecine préventive, l'éducation sanitaire et nutritionnelle, les vaccinations, l'hygiène et non pas sur des prestations spectaculaires, exigeant un matériel coûteux à l'achat et à l'entretien et un personnel spécialisé, difficile à obtenir.

8. CONCLUSION

Pour toute collectivité, il ne saurait avoir de sauvetage individuel, le progrès est collectif ou il n'est pas. Voilà pourquoi la santé de nos jours est considérée comme un droit, l'Etat se doit de satisfaire en prenant les mesures nécessaires, avec la participation de ses administrés en vue de fournir à ses derniers, le minimum de prestations sanitaires. Ces mesures passent par le développement, ce qui signifie pour les trois quart de l'humanité, maîtriser les affres du sous-développement dans lequel ils se débattent. Il sera donc nécessaire, de tourner carément le dos aux solutions de facilités qui impliquent la copie servile de modèles importés. Un effort d'ingéniosité, d'adaptabilité s'impose pour trouver des solutions originales, réalistes et économiques.

La centralisation à outrance a fait que les efforts étaient axés sur la capitale et les grands centres. Réorganiser, décentraliser, c'est déplacer l'accent vers les zones périphériques et rurales. Appliquée aux problèmes de développement socio-économiques, cette option abouti au développement dans les régions, les sous-régions, la périphérie, les petites collectivités et les zones rurales. En un mot au développement communautaire, ce dernier axé sur une activité économique rentable, génératrice de ressources destinées à améliorer le bien-être de la communauté et, dans le cas du Mali, sur une activité agricole ou agro-pastorale, ne peut qu'être multiforme et englober tous les secteurs. Ce développement rural intégré exige que tous les aspects intéressant la vie de la communauté soient pris en considération et fassent partie d'un tout, structurellement cohérent. La responsabilité doit en incomber au Ministère chargé du Développement agricole et rural. Les autres Ministères participent à la planification, à la mise en oeuvre, chacun en ce qui le concerne, mais dans le cadre fixé par le Ministère responsable; ainsi seulement pourra-t-on éviter les doubles emplois et pallier le manque de coordination.

La santé est un des aspects les plus importants du développement rural, elle doit être étudiée en conséquence. La couverture totale de la population grâce aux approches : soins primaires de santé, médecine traditionnelle agent de santé communautaire, est l'objectif qu'il faut atteindre.

La préparation des villageois avant, pendant et après le démarrage des activités agro-économiques est un outil puissant qu'il ne faut pas négliger. La formation du personnel devant travailler en zone rurale doit être soignée et pratique.

La mise en oeuvre d'opérations agricoles par le Mali, comme point de départ du développement d'une région rurale est une méthode prometteuse, mais elle exige une planification rigoureuse, et une parfaite intégration de tous les secteurs concernés tant au niveau conceptuel qu'à celui de l'exécution.

En particulier, les aspects sanitaires doivent être considérés comme éléments constitutifs des opérations et non pas comme activités connexes et séparés.

C'est dans cette optique que le Mali pourra faire face au problème posé par la prestation sanitaire valable au plus grand nombre dans le contexte d'une économie fragile et grâce aux efforts conjugués du couple invincible que constitue l'Etat et ses populations. C'est notre souhait le plus ardent et notre unique ambition est que ce modeste travail contribue à cette oeuvre de rationalisation et de justice qui apportera aux masses rurales la santé en même temps qu'un développement économique compatible avec leurs traditions, leurs aspirations et leurs efforts librement consentis.

## SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. 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.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes frères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

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

- Atayi, L. (1968) Protection sociale et Développement communautaire en République togolaise; Document de l'OMS AFR/MCH/43 - AFR/HE/40; Brazzaville.
- Aujoulat, L. P. (1961) Aspects médico-sociaux du Développement de l'Afrique; Méd. Afr. noire; juillet 1961, Dakar.
- Aujoulat, L. P. (1967) Comment mieux vivre - Une Education sanitaire pour l'Afrique; Editions nouvelles et Impressions, Paris.
- Ahmad, J. Y. (1975) Les programmes intégrés de développement rural, Note sur une méthode d'administration; Rev. int. Trav., 111, 2, 136 - 156, Genève.
- Banque mondiale (1975) Rural development
- Banque mondiale (1975) Santé - Politique sectorielle
- Bellongle, G. & Fournier, G. (1975) Santé et développement en milieu rural africain; Les éditions ouvrières, Paris.
- Bovay, M. (1976) La communication au service du développement; OMS, Genève.
- Bryant, I. (1972) Santé publique et développement, Les Editions internationales, Paris.
- Bryant, J. (1969) Health and developing world; Cornell University Press.
- Cissé, M. (1975) Contribution à la Stratégie de Lutte contre les Implications socio-sanitaires de la Sécheresse dans la Sixième région du Mali; Thèse, Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, Bamako.
- Comité national de Service social de`Zambie et Comité national Allemand (1972) Le Rôle des Services sociaux dans le Développement rural - Développement coordonné, Cinquième séminaire sur le service organisé en Afrique orientale et australe, Lusaka, 4-12 juin 1972.
- Communauté européenne, Afrique, Caraïbes, Pacifiques (1976) Programme d'animation féminine, Niger; (Le Courrier, No 37).

- Djukanovic, V. & Mach, E.P. (1975) Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en développement, Etude Commune FISE/OMS (OMS, Genève).
- FED (1976) Un projet aux réalités multiples; Le Centre de Formation horticole et nutritionnel de Ouando, Dahomey.
- Fomba, N. (1969) Contribution de l'OMS à la formation des cadres médico-sanitaires dans la Région africaine; Thèse de Médecine, No 3153, Genève.
- Goussault, Y. (1968) L'animation et la participation aux institutions rurales en Afrique noire d'expression française; Rev. int. Trav., 97, 6, Genève.
- Groupe de Recherche G.A.O.L.D., Centre de Djoliba (1976) Généralités sur le développement communautaire et quelques résultats en milieu rural par une action de développement communautaire, Bamako
- Guilbert, J. J. (1970) La notion d'intégration dans le domaine de l'enseignement et de la formation professionnelle; Cah. tech. AFRO No 2, OMS, Brazzaville.
- Idriss, A. A. et al. (1976) Le programme de Soins de Santé primaires; Chronique OMS, 30, 416-421, Genève.
- Institut pédagogique national de la République du Mali (1973) L'enseignement en République du Mali 10 ans après la Réforme de 1962 (Contact spécial No 4).
- Kleczkowski, B. M. (1976) Les établissements médico-sanitaires dans les pays en développement; Chronique OMS, Vol. 30, 9, 408-415, Genève.
- Lathem, W. & Newbery, A. (1970) Community medicine: Teaching, research and health care; Appleton-Century-Crafts, New York.
- Mali, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1976) Plan décennal (1er juillet 1966 - 30 juin 1976) de Développement des Services de Santé, Bamako.

- Mali, Direction nationale de la Santé, Sections statistiques sanitaires  
Rapports annuels des Services de Santé 1968, Bamako
- Mali (1971) Enfance - Jeunesse et plan de développement, Bamako
- Mali, Ministère de la Production (1974) Rapport de synthèse 1974, Bamako
- Mali, Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (1974)  
Infrastructures sanitaires du Mali 1974, Bamako
- Mali, Ministère de la Production (1974) Séminaire national sur  
l'environnement 1974, Bamako
- Mali, Ministère de la Production (1976) Rapports d'activités 1974-1975  
du Service de Développement communautaire - Opérations riz de  
Segou, Bamako
- Malick, S. (1976) Participation des populations au développement;  
Séminaire national sur l'Alimentation et la Nutrition au Mali du  
2 au 12 juin 1970.
- Marcos, M. R. (1968) La participation sociale, instrument de  
développement et de formation de la société en Amérique latine;  
Rev. int. Trav., 97, 8.; BIT, Genève.
- Monekosso, G. L. & Thuriaux, M. (1974) La Formation en équipe,  
Méd. Afr. noire, 20.
- Nhonoli, A. M. (1975) La promotion sanitaire dans les zones rurales  
d'Afrique orientale, notamment en Tanzanie; Cah. techn. AFRO,  
No 11, OMS, Brazzaville.
- OMS (1954) Méthodes à appliquer sur l'élaboration d'une programme  
coordonné d'action sanitaire dans les zones rurales; Org. mond.  
Santé Sér. Rapp. techn., No 83, Genève.
- OMS (1969) Les services de santé - facteur d'un développement rural  
intégré à l'échelon régional, Document AFR/PHA/55, Brazzaville.
- OMS (1970) A la recherche d'une philosophie de l'action médico-sanitaire  
dans la Région africaine; Cah. techn. AFRO, No 1, Brazzaville.

- OMS (1970) Une conception intégrée des services de santé publique dans la Région africaine; Cah. techn. AFRO, No 2, Brazzaville.
- OMS (1971) L'Education sanitaire en matière de planification familiale Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 483, Genève.
- OMS (1972) Enseignement - Formation professionnelle préparant à la planification dans les services de santé, Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 508, Genève.
- OMS (1974) Appraisal of integrated rural development - Project Mali Report No 340 a MLI.
- OMS (1974) Place de la santé publique dans l'économie des pays africains; Cah. techn. AFRO, No 7, Brazzaville.
- OMS (1975) Renforcement des structures sanitaires dans la Région du Gourma (Haute Volta, Mali, Niger); Document AF/PHA/151, Brazzaville.
- OMS (1975) Implications sanitaires du développement des environnements physiques et sociaux des établissements humains. Le Développement communautaire au service de la santé; SHS/HS/76.1, Genève.
- OMS (1975) La santé comme partie intégrante du développement socio-économique; Brazzaville.
- OMS (1975) Santé du Monde, août - septembre 1975, Genève.
- OMS (1975) Aperçus sur l'alimentation et la nutrition pour les pays de la Région africaine, Volume 2, Brazzaville.
- OMS (1975) Participation et Santé.
- OMS (1976) Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique; Document AFR/RC 26/TD/1, Brazzaville.
- OMS (1976) Santé du Monde, janvier 1976, Genève.
- Polak, H. E. (1965) Rapport sur une visite au Tchad; Document de l'OMS AFR/MCH/21, Brazzaville.
- Polak, H. E. (1968) Report on a visit to Zambia; Document de l'OMS AFR/MCH/39, Brazzaville.

- Polak, H. E. (1967) Rapport sur une visite faite en République islamique Mauritanie; Document de l'OMS AFR/MCH/33, Brazzaville.
- Polak, H. E. (1969) Rapport sur une visite au Dahomey; Document de l'OMS AFR/MCH/44 Rév. 1 Brazzaville.
- Quenum, A. A. (1965 a) L'éducation sanitaire en Afrique; Rév. int. Educ. Santé, 8, No 2.
- Quenum, A. A. (1966) Santé et économie; Seizième session du Comité régional de l'Afrique; OMS, Brazzaville.
- Quenum, A. A. (1970) Economie sanitaire et développement socio-économique des nations africaines; Conférence publique au Tchad, décembre 170.
- Quenum, A. A. (1970) Un essai de philosophie d'action de la coopération sanitaire internationale en Afrique; Afr. méd., 78, 743-750.
- Quenum, A. A. Place et rôle de l'université dans le développement des nations africaines.
- Services civiques et Travaux communautaires au Mali; Rev. int. Trav. Volume 93, 1966.
- Rafatjah, H. A. (1976) Projets hydro-agricoles et Maladies transmissibles; Carn. Enf., Extrait du No 34, avril - juin 1976; UNICEF, Genève.
- Raimbault, A. M. (1972) Le personnel bénévole et la promotion de la Santé; Enf. Milieu trop; No 34, 20-30.
- Reinke, W. A. (1973) Requerimientos de personal de Salud en base a las Caracteristicas del trabajo; Educ. med. Salud, 7, No 3-4.
- Sai, F. (1972) Planification des programmes d'enseignement médical et prestations des services sanitaires; Cah. techn. AFRO, No 4, OMS, Brazzaville.
- Sankalé, M. (1966) La place de l'action sanitaire dans le développement; Afrique - Documents 1966.
- Shehu, U. (1975) Soins médicaux en zone rurale; Cah. techn. AFRO, No 10, OMS, Brazzaville.

Sylvain, Y. G. (1966) Formation du personnel auxiliaire pour les centres d'HME en Mauritanie; Document de l'OMS, AFR/NURS/87, Brazzaville

UNESCO (1976) L'éducation relative à l'environnement et la communauté, Connexion, No 3, Paris.