

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

76-11-5

PROMOTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
AU MALI

THESE

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

par

Monsieur MOUSSA ADAMA SARAWI MAÏGA

né le 22 juillet 1950 à GAO

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Examineurs de la Thèse:

Professeur Comlan A. A. QUENUM Président

Professeur Philippe RANQUE

Docteur Daouda KEITA

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 QUILIÇI : 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 HAÏDARA - 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

CETTE THESE EST DEDIEE

A NOTRE PERE

En faible témoignage de notre affection indéfectible et filiale.

A NOTRE MERE

Nous l'avons quittée très tôt pour nos études. Elle n'a jamais douté qu'une si longue séparation aurait une fin heureuse. Nous croyons n'avoir pas trahi sa confiance et son espoir.

A NOTRE ONCLE Youssouf MAIGA

En souvenir des moments difficiles de lutte passés à ses côtés, de son souci de faire de nous un homme préparé pour la vie; nous pouvons aujourd'hui affirmer avec allégresse : "rien n'est impossible à celui qui lutte". Nous croyons par là nous être rendu digne de l'image qu'il nous inspire. Que cette thèse soit l'expression de sa persévérance à notre égard.

A NOTRE GRAND-MERE ANNA

Avec toute notre tendresse et notre affection.

A NOS FRERES ET SOEURS, COUSINS ET COUSINES DE LA FAMILLE
SARAWI MAIGA

Notre responsabilité de fils aîné est un engagement devant eux.

A NOS AMIS :

- Messieurs :

Abdoulaye M. L. ASCOFARE

Alassy B. SIDIBE

Cheick Y. MAIGA

- Mademoiselle Inna DICKO

Pour l'intérêt que nous portons à l'amitié sincère.

AUX FAMILLES :

- Mody Ba et frères

Pour nous avoir assuré le confort pendant nos études.

- Kader Maïga

Pour leur compréhension et leur soutien moral.

- Yéya Issa Maïga

Pour leur dire que la douleur est une expérience.

- Diabalé à Brazzaville

Pour leur accueil chaleureux.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

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

Qui nous a si aimablement accueilli au Bureau régional
à Brazzaville pour préparer cette thèse;

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

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

Hommages respectueux.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Docteur Daouda KEITA
Directeur général de la Santé publique au Ministère
de la Santé publique et des Affaires sociales.

Pour le privilège qu'il nous fait d'apporter sa grande
expérience.

Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges.

Monsieur le Professeur agrégé Philippe RANQUE
Professeur de parasitologie - Docteur ès sciences

N'est-ce pas lui qui nous a montré le premier la voie
"du travail en équipe" dont il est fait état dans cette thèse.
En souvenir de la qualité de son enseignement, et de la
disponibilité dont il a fait preuve durant nos études.

Nous le remercions de sa présence
encore à nos côtés aujourd'hui.

Monsieur le Docteur Hubert BALIQUE
Chargé d'enseignement de santé publique

Ce nous est un agréable devoir de lui témoigner toute notre
reconnaissance, ainsi que notre admiration pour le chemin
parcouru ensemble à l'occasion de ce modeste travail.
En nous aidant grâce à sa riche expérience à élaborer
cette thèse, il a honoré l'engagement pris un jour, de se
consacrer aux multiples problèmes de santé publique
de notre pays avec nous.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Aliou BA
Directeur général de l'Ecole nationale de Médecine

Pour sa constance et sa contribution à notre formation;
Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A TOUS LES MEMBRES DU CORPS PROFESSORAL DE L'ECOLE
DE MEDECINE ET PARTICULIEREMENT Au Docteur J. J. LEVEUF

Pour nous avoir sensibilisé aux multiples problèmes de
santé publique de notre cher pays;
Que son âme repose en paix !

AU PERSONNEL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE

AUX ETUDIANTS DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE

A TOUTE NOTRE PROMOTION

AUX ETUDIANTS DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ORIGINAIRES DE LA REGION DE GAO

AU PERSONNEL DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
POUR SA DISPONIBILITE ET SON AIDE PRECIEUSE

Particulièrement aux Docteurs :

- A. GELLER
Sous-Directeur des Services de Santé

- R. LYONNET
Fonctionnaire régional

Par l'étendue de leurs connaissances et par leur gentillesse,
ils sont pour nous un exemple.

Nous avons eu l'honneur et le plaisir de les apprécier lors de
l'élaboration de cette thèse.

A MONSIEUR C. N'KOUMOU-WOOD
Fonctionnaire régional chargé du Mali

Pour lui dire merci.

A NOS AMIS DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT ACCORDE ATTENTION ET AIDE AU MALI

- Ministère de l'Education nationale
- Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales
- Médecins coordonnateurs régionaux
- Populations des centres pilotes de santé publique au Mali

- Populations du Centre d'Enseignement et de Recherche en Médecine rurale de Massantola
- Commandant de cercle de Kolokani et son chef d'arrondissement à Massantola
- Docteur Dalmeida, Représentant de l'OMS à Bamako

Va toute notre reconnaissance

- A Monsieur Abdoulaye A. MAIGA

Dernier cité, mais premier en pensée.

En souvenir de nos inoubliables moments passés ensemble.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION	1
1.1 La santé est un droit fondamental	2
1.2 Nécessité de couvrir les zones rurales	2
1.3 Soins de santé primaires	3
1.4 Objectif	3
2. DEFINITION ET PRINCIPES GENERAUX DES SSP	5
2.1 Définition	6
2.2 Caractéristiques des SSP	6
2.3 Principes généraux des soins de santé primaires énoncés par l'Organisation mondiale de la Santé	10
3. REVUE DE QUELQUES EXPERIENCES AFRICAINES ET MONDIALES	11
3.1 Secouristes-hygiénistes de village et matrones recyclées dans le département de Maradi (Niger)	12
3.1.1 Une politique sanitaire en direction des populations rurales	12
3.1.2 Les secouristes-hygiénistes et les pharmacies de village	13
3.1.3 Formation des matrones	14
3.1.4 Education pour la santé et nutritionnelle	14
3.1.5 Animation - santé et développement	14
3.2 La couverture des besoins sanitaires de base en Tanzanie	15
3.2.1 Développement des personnels et ressources	16
3.3 La "médecine simplifiée" dans les services de santé du Venezuela	17
3.4 Le système de distribution des soins en République populaire de Chine	19
3.4.1 Soins médicaux en milieu rural	19
3.4.2 Soins médicaux en milieu urbain	20
3.4.3 Personnel de santé	21
3.4.4 Coût	21
4. SITUATION SANITAIRE AU MALI	23
4.1 Données sur la situation sanitaire	24
4.1.1 Quelques caractéristiques de la population	24
4.1.2 Mortalité	28
4.1.3 Morbidité	30
4.1.4 Infrastructure	32
4.1.5 Personnel	34
4.1.6 Budget de la santé	37

	<u>Page</u>
4.2 Analyse de la situation sanitaire	40
4.2.1 La prédominance d'une pathologie infectieuse nutritionnelle et parasitaire	40
4.2.2 L'insuffisance des moyens	40
4.2.3 L'insuffisance d'organisation	41
4.3 Essais de solution	42
4.3.1 Intégration	42
4.3.2 Participation de la collectivité	42
4.3.3 Politique socio-sanitaire	43
4.3.4 Services de santé villageois	44
5. REVUE DES EXPERIENCES MALIENNES	45
5.1 Tentatives d'extension des services au niveau du village	46
5.2 Expérience de Sikasso	46
5.2.1 Matrones	46
5.2.2 Pharmacies de village	48
5.2.3 Résultats obtenus	48
5.3 Expérience de Bamako	50
5.3.1 Matrones	50
5.3.2 Pharmacie de village	52
5.3.3 Résultats	52
5.4 Expérience de Baguineda	53
5.4.1 Description	53
5.4.2 Résultats	55
5.5 Expérience de Sanankoroba	55
5.5.1 Description	55
5.5.2 Résultats	57
5.6 Expérience de Ségou	58
5.6.1 Description	58
5.6.2 Résultats	59
5.7 Expérience de Mopti	60
5.7.1 Description	60
5.8 Analyse de ces expériences	62
5.8.1 Aspects positifs	62
5.8.2 Aspects négatifs	64
6. ESSAI DE SOLUTION ; GENERALISATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES A L'ENSEMBLE DU PAYS	66
6.1 Acceptabilité	67
6.2 Préalable politique	68
6.3 Préparation du personnel	68

	<u>Page</u>
6.4 Promotion du développement communautaire	69
6.5 Proposition d'une approche du problème : l'expérience de SSP à Massantola	69
6.5.1 L'arrondissement de Massantola	69
6.5.2 Caractéristiques générales de l'expérience	71
6.5.3 Objectifs	72
6.5.4 Activités	73
6.5.5 Bilan de trois mois d'activités	83
6.5.6 Conclusion	84
7. PROPOSITION D'UN SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES .	85
7.1 A l'échelon du village	86
7.1.1 L'équipe de santé du village	86
7.1.2 L'agent sanitaire de village	86
7.1.3 L'animatrice de village	86
7.1.4 L'accoucheuse traditionnelle	88
7.2 Echelon de l'arrondissement	89
7.2.1 L'aide-soignant	89
7.2.2 La matrone rurale	90
7.2.3 L'infirmier-chef d'arrondissement	91
7.3 Echelon du cercle	93
7.3.1 L'infirmier-chef du centre de santé	93
7.3.2 L'infirmier de liaison	93
7.3.3 Les autres infirmiers	94
7.3.4 La sage-femme	94
7.3.5 Le médecin-chef de cercle	94
7.4 Le financement du système sanitaire du cercle au village	96
7.4.1 Actuellement	96
7.4.2 A l'avenir	96
8. CONCLUSIONS	98
BIBLIOGRAPHIE	103

1. INTRODUCTION

1.1 La santé est un droit fondamental

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en définissant la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social", n'a pas rélégué au second plan les implications qui peuvent se dégager de ce concept de la santé qui doit être applicable à tous et en tous lieux.

Les inégalités sociales et économiques, les différences politiques et spirituelles sont autant de facteurs de différenciation entre nations, classes sociales et individus. A cet égard, nous pourrions penser que la santé suit et doit suivre la même logique, la même hiérarchisation, et paraître un privilège pour certains, et sous une forme absolument inacceptable pour d'autres. Pour briser et braver ce mythe, cette attitude inadmissible, la Constitution de l'OMS stipule un élément d'importance primordiale : "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 ou sociale".

C'est là non seulement un droit, mais une ligne de conduite qui doit guider tous ceux qui oeuvrent pour le bien des peuples et pour une amélioration de l'état sanitaire dans le monde.

1.2 Nécessité de couvrir les zones rurales

Aujourd'hui, la santé ne doit plus être un instrument pour servir un groupe, une classe, une collectivité de privilégiés; la santé est devenue un droit pour tous et un devoir pour les responsables nationaux à ce que ce droit devienne rapidement une réalité.

A cet effet, priorité doit être donnée à une médecine des collectivités et non à une médecine individuelle, notamment par la couverture des masses rurales, des nomades et des habitants des taudis et des bidonvilles, qui ignorent le bénéfice de la médecine, sans méconnaître cependant son existence.

"Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant des mesures sanitaires et sociales appropriées" : telle est la recommandation de l'OMS auprès des autorités sanitaires.

1.3 Soins de santé primaires

Le plus petit village africain possède toujours son guérisseur traditionnel. Mais un centre de santé n'est pas chose courante.

Il existe de nombreuses maladies mortelles ou handicapantes qui posent le problème de soins à dispenser immédiatement; mais le plus souvent, ces maladies nécessitent des soins simples, avec des moyens simples et un personnel non spécialisé.

Pour cette raison, le guérisseur traditionnel ainsi que l'accoucheuse de village apparaissent comme des éléments qui inspirent confiance et permettent de fonder des espoirs pour assurer un minimum de soins pour tous. Pour le guérisseur, cela est d'autant plus vrai que sa connaissance du milieu et des hommes et son utilité sociale concourent pour expliquer toute son audience auprès de son entourage.

Dans notre pays, la formation et l'utilisation d'un grand nombre d'agents sanitaires de santé et de nutrition pour compléter l'équipe de santé du village est un objectif prioritaire; la réalisation de cet objectif devrait être prochaine.

1.4 Objectif

Notre objectif est clair et précis en matière de soins de santé primaires. En effet, les innombrables problèmes de santé publique qui inquiètent les autorités sanitaires du pays, et particulièrement les populations soumises continuellement à l'épreuve de la maladie, nous obligent à repenser notre système de distribution des soins, surtout en zone rurale.

Il est juste de dire que la médecine moderne est coûteuse, et certains de ses aspects inadaptés aux conditions africaines. C'est pourquoi, nous suggérons désormais la prise en charge par la collectivité de

leur propre santé, la revalorisation de toutes les anciennes formes de prestation, à savoir le guérisseur et l'accoucheuse traditionnelle, la formation d'un genre nouveau de personnel dans le domaine des soins et de la nutrition. Tous ces éléments, regroupés en équipes de santé communautaire peu coûteuses, nombreuses et efficaces, représentent une des solutions que nous aimerions apporter en réponse aux multiples problèmes de santé en zone rurale au Mali.

L'objectif de cette étude est d'étudier ce qui se fait déjà au Mali dans le domaine des soins de santé primaires et de rechercher les voies et moyens pour renforcer ces activités dans le cadre d'un développement communautaire rationnel et intégré.

2. DEFINITION ET PRINCIPES GENERAUX DES SSP

2.1 Définition

L'OMS définit les soins de santé primaires comme :

"une approche de l'action sanitaire qui intègre au niveau de la collectivité tous les éléments nécessaires pour améliorer l'état de santé de la population. Son objet est de répondre à deux besoins fondamentaux : faire connaître à chacun ce qu'il peut faire pour mener une vie saine et l'y aider, faire en sorte que chacun sache où il peut s'adresser lorsqu'il est atteint dans sa santé et y trouve un soulagement attendu. Cela suppose des services à la fois simples et efficaces sur le plan des coûts, des techniques et de l'organisation, qui soient facilement accessibles aux intéressés et qui contribuent à l'amélioration des conditions de vie des individus, des familles et de la collectivité tout entière".

2.2 Caractéristiques des SSP

Cette définition des soins de santé primaires découle de l'existence d'un certain nombre de problèmes. Depuis plusieurs années, la principale préoccupation des services de santé était de parvenir à la "santé" dans le sens d'une absence de maladie. Malheureusement, le problème de la santé reste encore entier, non seulement dans les collectivités urbaines, mais également en zone rurale. En soignant l'individu, le service de santé a toujours fait, soit volontairement ou involontairement abstraction du contexte socio-économique et culturel du malade pour ne considérer que la maladie. En ignorant la coordination et l'interaction de tous ces éléments, l'acte de soigner reste superficiel et risque d'être aléatoire. C'est pourquoi, le nouveau souffle qui vient d'être donné à l'action de la santé ne peut qu'être salutaire, en ce sens qu'on veut aujourd'hui des actes intégrés et non isolés pour tendre vers l'amélioration de l'état de santé de la population et aboutir ainsi à un état positif de santé pour chacun. Il en résulte que la balkanisation des problèmes sanitaires doit s'effondrer pour faire place à une sommation de tous les éléments de la collectivité qu'on veut soigner, guérir ou protéger. En général, les services chargés de promouvoir l'état de santé des populations n'obtiennent pas encore les résultats escomptés; ils doivent donc revoir leurs approches, leurs méthodes et s'appuyer davantage sur leurs moyens et ceux

des collectivités. Les services de santé exercent des actions trop isolées, négligeant ainsi certains facteurs de bien-être comme l'éducation, l'agriculture, l'élevage, les travaux publics et l'organisation sociale avec son rôle traditionnel capable, dans une large mesure, de stimuler la participation de la collectivité et des individus qui la composent.

Sur le plan pratique, l'intégration vise à une mise en commun cohérente de toutes les structures de développement au niveau d'une localité (administration, production, éducation, tradition) pour atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible dans les circonstances prévalentes pour le moment. Il serait illusoire et même dangereux de vouloir séparer l'état de santé d'un individu avec celui de son alimentation, de son hygiène, de son habitat, de son travail, de ses croyances, qui sont à la fois des choses distinctes mais qui fusionnent au niveau de l'individu pour contribuer à son bien-être. D'où, l'idée de faire participer les collectivités aux programmes de développement en général, et en particulier aux programmes sanitaires qui ne sont qu'un élément de cet ensemble.

Actuellement, les services de santé souffrent de :

- i) manque d'identification avec les réalités locales; l'image des établissements occidentaux qu'on a essayé de transplanter dans nos régions est loin de répondre à la demande et aux besoins des collectivités concernées;
- ii) trop forte concentration sur la médecine curative, aux détriments de l'action de santé dans son ensemble, notamment dans ses aspects de prévention et de promotion de la santé;
- iii) inadéquation entre les activités sanitaires et les autres activités sociales et économiques dans le cadre du développement communautaire;
- iv) personnel mal formé, adéquat certes pour les soins à l'hôpital, mais trop distant de la population pour être vraiment à sa disposition.

L'homme malade a ainsi le sentiment d'être un étranger pour les services de santé, ne pouvant s'identifier ni aux structures, ni aux services, ni aux personnels. Pour parvenir à des solutions rationnelles et adaptables aux multiples conditions socio-culturelles des pays, il faudrait tenir compte de tous les éléments de développement en général, pour pouvoir aboutir à la promotion de la santé en particulier. Il est impérieux et très urgent de se pencher sur les conditions socio-économiques et sanitaires des zones rurales, des collectivités nomades et semi-nomades, ainsi que des habitants des zones périurbaines. Les soins de santé primaires (SSP) peuvent être utiles non seulement aux populations rurales, mais à l'ensemble de la collectivité nationale. Cette nouvelle approche répond aux différents besoins et permet de remédier aux déficiences identifiées plus haut.

Les SSP font appel à des services simples, efficaces et peu coûteux, répondant à deux besoins fondamentaux qui sont :

- a) "où puis-je aller lorsque je souffre, chercher un soulagement ?"
- b) "que puis-je faire pour mener une vie saine ?"

Les SSP ne doivent en aucun cas rester en marge des progrès de la médecine sous prétexte de chercher la simplicité des techniques. Les pratiques de la médecine traditionnelle qui ont fait leur preuve doivent être acceptées. Comme base du système sanitaire national, il ne doit jamais avoir d'opposition entre la pratique de la médecine moderne et les pratiques des guérisseurs lors de la mise en place et du fonctionnement des SSP pourvu que ces pratiques concourent au bien de la collectivité. L'Etat sera ainsi amené à fournir le personnel d'encadrement technique et formera les agents chargés des SSP; les cas dépassant la compétence de ces agents seront pris en charge, au point de vue diagnostic et traitement, par les structures sanitaires de référence et d'appui.

Les agents qui ont la charge des SSP (agent sanitaire de village, animatrice de santé et de nutrition, matrone, accoucheuse traditionnelle de village) sont désignés par les collectivités qu'ils sont appelés à servir. Ils sont choisis parmi les habitants de la localité ou du village, sans

discrimination d'âge ou de sexe, mais seulement avec le souci de l'efficacité. Au cours d'un stage de formation essentiellement pratique prévu à leur intention, ils apprendront les comportements et gestes qui leur permettront d'appréhender les tâches à accomplir. La formation s'effectuera au niveau local, près de la réalité, pour éviter à ces agents le dépaysement. Etant donné la grande interdépendance des activités qui leur seront confiées avec celles d'autres membres de la collectivité, il est utile d'insister sur le travail en équipe qui sera la clé de la réussite.

Que ce soit en zone rurale, dans les zones périurbaines, dans les quartiers d'une ville ou chez des populations transhumantes, l'implantation des SSP est toujours possible, à condition qu'il existe un besoin ressenti; ce besoin ressenti constitue le vrai critère pour la mise en place des SSP dans une collectivité. En s'attaquant aux problèmes prioritaires de la population, en les amenant à exprimer clairement les satisfactions qu'elle attend, les SSP fourniront des bases solides pour le lancement et la réalisation d'autres projets d'ordre sanitaire et de développement communautaire.

Les SSP ont cette qualité essentielle de reposer sur les ressources locales (humaines, matérielles et financières) de la collectivité. Cette dernière doit jouer un rôle actif dans la conduite des activités, puisqu'elle est désormais responsable de sa propre destinée, de sa santé et de son développement. Cette responsabilisation est un facteur sûr de garantie et de réussite. Car jusqu'à maintenant, la participation de la collectivité est restée à l'arrière plan, la rendant passive face à ses propres problèmes; ceci a eu comme résultat un sentiment de désintéressement et même de refus complet enraciné dans les mentalités et dans le comportement de tous les jours. Désormais, le gouvernement ne devrait fournir que les mécanismes de soutien strictement nécessaires.

De son côté, le développement communautaire servira de base pour les SSP là où ils n'existent pas, et vice versa. C'est-à-dire que là où il existe des structures de développement communautaire, le service des soins de santé primaires va s'insérer dans ses rangs; s'il n'en existe pas, ou si elles sont faibles, les soins de santé primaires pourront être mis à profit pour en créer ou renforcer celles qui existent.

2.3 Principes généraux des soins de santé primaires énoncés par l'Organisation mondiale de la Santé

2.3.1 "Les soins de santé primaires doivent être conçus en fonction des moeurs de la population à laquelle ils sont destinés, et ils doivent répondre aux besoins réels de la collectivité".

2.3.2 "Les services de santé primaires doivent faire partie intégrante du système sanitaire national, et d'autres échelons doivent être mis en place pour soutenir l'action des unités périphériques".

2.3.3 "Les activités de soins primaires doivent être pleinement intégrées à celles des autres secteurs de développement communautaire : agriculture, éducation, travaux publics, construction de logements et communications".

2.3.4 "Les soins primaires doivent reposer avant tout sur les ressources locales, notamment celles qui n'ont pas encore été exploitées, et le coût des prestations offertes ne doit pas dépasser les strictes limites que la situation impose dans chaque pays".

2.3.5 "La population locale doit participer activement à la conception et à la conduite des activités de protection sanitaire afin que ces activités soient exactement adaptées aux besoins et priorités à l'échelon national".

2.3.6 "Les soins de santé primaires doivent consister en un ensemble intégré de services - prévention, promotion de la santé, médecine curative et réadaptation - s'adressant à la fois à l'individu, à la famille et à la collectivité tout entière".

2.3.7 "La majorité des interventions médico-sanitaires doivent être autant que possible réalisées à l'échelon le plus périphérique des services de santé par les agents qui y sont le mieux préparés".

2.3.8 "Dans chaque pays avoir une approche originale. Il n'y a pas de modèle unique".

2.3.9 "Intégrer si possible les systèmes traditionnels de prestation des services généraux".

3. REVUE DE QUELQUES EXPERIENCES AFRICAINES ET MONDIALES

Les expériences du Niger, de la Tanzanie, du Venezuela et de la République populaire de Chine ont contribué au développement et à la formulation du concept des soins de santé primaires. Ce ne sont que des exemples pris parmi de nombreux autres; pratiquement dans chaque pays, il existe des expériences ponctuelles de développement communautaire où la collectivité a pris en main la santé à son niveau.

3.1 Secouristes-hygiénistes de village et matrones recyclées dans le département de Maradi (Niger)

Le département de Maradi fait partie de la zone méridionale de la République du Niger. Il compte 700 000 habitants dont 11 % de nomades et 88 % de sédentaires vivant sur une superficie de 38 500 km². Le caractère rural de la population explique un taux de mortalité brute de 27 pour 1000, un taux de mortalité infantile entre 250 et 350 pour 1000 naissances, et une morbidité dominée par une pathologie infectieuse, parasitaire et nutritionnelle. L'action des services de santé atteint seulement 15 % de la population du département, alors que les 85 % ont recours, en cas de besoins, exclusivement aux guérisseurs traditionnels. Cette insuffisance de la couverture sanitaire est due à la passivité du personnel de santé, qui attend le plus souvent les malades au dispensaire, en ignorant les problèmes locaux de santé publique, et cela parce que sa formation a été orientée exclusivement vers une médecine curative.

3.1.1 Une politique sanitaire en direction des populations rurales

Depuis 1966, les services de santé du département de Maradi, avec ceux de l'animation rurale, mènent de façon conjointe des actions dirigées vers le milieu rural dont l'essentiel consiste à :

- "améliorer la couverture sanitaire par une action d'information menée conjointement par les services d'animation rurale, les services de l'enseignement, de l'alphabétisation et les services de santé, avec l'appui du parti politique";
- "assurer la protection sanitaire par la constitution d'équipes de santé de village formées de deux secouristes-hygiénistes bénévoles travaillant à temps partiel et de quelques matrones,

les équipes assurant la liaison, au premier degré, entre les villageois et les services de santé";

- "orienter les auxiliaires sanitaires vers la protection de la santé rurale, en leur donnant une formation pratique en matière de soins sanitaires généraux et en les faisant participer effectivement aux activités d'éducation et de surveillance et aux activités techniques".

3.1.2 Les secouristes-hygiénistes et les pharmacies de village

Le choix du secouriste-hygiéniste est laissé à l'initiative de la collectivité villageoise qu'il doit servir. Il doit être un résidant du village, être bénévole, et consentir à suivre un stage de formation pratique d'une durée de 10 jours au dispensaire ou centre de santé. Les cours portent sur les notions d'hygiène, les mesures d'urgence, l'éducation pour la santé et nutritionnelle, l'assainissement et la tenue à jour des cahiers de soins.

La formation est assurée par un infirmier du dispensaire ou du centre de santé, avec l'aide de l'infirmier responsable de la circonscription médicale. Chaque année, un stage de recyclage de 10 jours est organisé pour les secouristes-hygiénistes déjà en poste. Le coût de ces cours est d'environ 1500 FCFA Par personne. Pour accomplir leurs tâches, une pharmacie de village est affectée à chaque secouriste-hygiéniste. Elle contient : antiseptique, collyre, chloroquine, aspirine, sulfaguandine. Certains de ces produits sont vendus aux patients et cet argent doit servir au renouvellement du stock pharmaceutique. Les médicaments de départ sont payés par le budget de la circonscription. D'autres médicaments comme : mercurochrome, argyrol, bleu de méthylène sont gratuits. Il existe dans chaque village un comité de gestion qui s'occupe des problèmes administratifs relatifs à l'activité du secouriste-hygiéniste, et à la gestion de sa pharmacie. Les membres de ce comité effectuent également un stage de trois jours. Nous avons souligné le bénévolat du secouriste-hygiéniste qui reçoit de la part des villageois, des denrées alimentaires et d'autres cadeaux, conformément à la tradition.

3.1.3 Formation des matrones

Ici, le terme de "matrone" équivaut à la classique accoucheuse traditionnelle. Cette terminologie ne correspond pas au concept de matrone adopté dans la région de Sikasso, au Mali.

Dans le département de Maradi, la présence des matrones, après enquête faite, n'a pas abaissé le taux de mortalité maternelle et infantile. D'où, la décision d'améliorer le travail des matrones en les recyclant. Le choix de la matrone devant subir la formation obéit aux mêmes règles que pour le secouriste-hygiéniste. Elle suit un stage de 15 jours à la maternité du centre de santé ou à l'hôpital rural de la circonscription. La formation porte sur les phases de l'accouchement, les soins prénataux et postnataux, l'hygiène de l'accouchement, l'alimentation de la femme enceinte ainsi que sur la technique du sevrage et l'enregistrement des naissances. A la fin, elles subissent un contrôle de connaissance, et les plus capables reçoivent une affectation et une trousse de sage-femme type FISE. Les frais de stage s'élèvent à environ 4620 FCFA. Le contrôle des activités est effectué tous les mois par l'infirmier du dispensaire. Enfin, bien que la matrone soit bénévole, il est d'usage de lui faire des cadeaux selon les traditions locales.

3.1.4 Education pour la santé et nutritionnelle

A cet effet, les secouristes-hygiénistes et les matrones recyclées reçoivent un matériel élémentaire (flanellographe, brochure) leur permettant d'expliquer les problèmes locaux aux populations, comme le sevrage par exemple.

3.1.5 Animation - santé et développement

L'apport du service de l'animation a été sans équivoque déterminant. Il a d'abord sensibilisé les populations pour réussir la mise en place des équipes de santé villageoises choisies parmi les éléments les plus dynamiques de la collectivité. La sensibilisation se fait au cours des réunions successives qui regroupent toute la population du village avec la participation des services techniques et des autorités locales. Elle comprend trois phases à respecter :

- i) la première consiste à expliquer le but de l'opération et les moyens à mettre en oeuvre, tels que pharmacie de village, secouriste-hygiéniste, matrone, prophylaxie paludéenne, participation du paysan au maintien de sa santé;
- ii) au cours de la deuxième étape, les villages consentant à cette approche se manifestent par le versement d'une somme modique fixée à l'avance, et présentent alors les volontaires pour suivre le stage de formation de secouriste et de matrone;
- iii) enfin, la troisième étape se situe après la fin du stage; elle doit consister à organiser une cérémonie dans chaque village au cours de laquelle les agents formés seront présentés à la collectivité et apporteront leur propre témoignage sur ce qu'ils ont appris; leur installation devient dorénavant leur responsabilité et celle de la collectivité.

3.2 La couverture des besoins sanitaires de base en Tanzanie

La politique sanitaire en Tanzanie s'inscrit dans le cadre général du développement socio-économique formulé dans la déclaration d'Arusha. Les principes généraux servant au développement de la médecine en milieu rural sont :

- "nécessité du développement rural global";
- "participation des collectivités locales (auto-assistance) en tant qu'instrument de libération et de développement social";
- "mobilisation par la puissance publique de toutes les ressources disponibles afin d'éliminer la misère, l'ignorance et la maladie".

Désormais, la population participe aux plans de planification destinés à améliorer sa situation socio-économique. Les ressources locales seront judicieusement exploitées. Un appel est lancé aux populations éparses isolées, à se regrouper dans des villages désignés sous le nom de village "Ujamaa".

3.2.1 Développement des personnels et ressources

En juillet 1972, les services de santé ont été décentralisés, confiant ainsi le pouvoir de décision à la population, tant au niveau régional qu'à celui des arrondissements et des villages. Pour parer au déséquilibre entre soins curatifs et préventifs, l'accent a été mis sur un genre nouveau de personnel pour les services de santé ruraux : les agents sanitaires ruraux. Ces agents sont au nombre de quatre :

- assistants médicaux;
- aides médicaux ruraux;
- auxiliaires de santé maternelle et infantile;
- auxiliaires sanitaires.

Les activités des centres de santé et des dispensaires ruraux sont de trois ordres : le diagnostic et le traitement des maladies, la santé maternelle et infantile et enfin la salubrité de l'environnement. Dans un village Ujamaa, la collectivité subvient aux besoins de l'auxiliaire médical, le centre de santé assure son encadrement technique et le gouvernement central lui fournit le matériel et les médicaments. Sa formation consiste en cours pratiques de premiers soins.

L'auxiliaire de santé maternelle et infantile assure des activités d'éducation nutritionnelle et de planification familiale. L'auxiliaire sanitaire est chargé de l'assainissement et de l'hygiène du milieu dans les régions rurales. L'aide-médicale rurale doit avoir fait des études primaires au minimum pour lui permettre de suivre une formation d'au moins trois ans. Sa formation ne consiste pas en des études de médecine "allégée", mais en une formation adaptée aux besoins du travail au niveau d'un dispensaire. Quant à l'assistant médical qui doit diriger un centre de santé rural après onze années d'études générales, il doit suivre un cours de formation de trois ans axé sur les sciences médicales de base : la médecine clinique et la médecine des collectivités.

La formation du médecin lui-même est orientée pour répondre aux besoins et aux problèmes locaux. Car, en dehors de ses tâches cliniques, le médecin doit être un administrateur de la santé et le chef de l'équipe sanitaire. Cela suppose qu'une partie de la formation du médecin s'effectue dans les collectivités rurales. C'est ainsi qu'à la Faculté de Médecine de Dar es-Salaam, "la médecine des collectivités fait l'objet d'un cours de 200 semaines dont 22 au moins consistent en des stages pratiques dans les collectivités.

Cette expérience reflète, à plusieurs titres, ce dont est capable un pays à ressources limitées comme la Tanzanie qui n'a pas voulu se limiter au traditionnel rapport existant entre l'action médicale et les moyens, mais a fait preuve d'originalité et d'efficacité pour assurer la santé au niveau de ses collectivités. Ce qui ressort est clair : une volonté nationale, un examen objectif des problèmes sanitaires et une définition précise des objectifs, des programmes et des priorités à respecter en matière de planification pour l'utilisation de ses propres ressources.

3.3 La "médecine simplifiée" dans les services de santé du Venezuela

Le Venezuela fait partie des pays en voie de développement présentant de grands contrastes entre les concentrations urbaines en pleine industrialisation d'une part, et les populations rurales des petits villages d'autre part. A la forte ruralisation de la population, vient s'ajouter une population éparse, difficile à atteindre; ce qui complique toute action sanitaire dirigée vers les collectivités pauvres, dont la plupart sont rurales.

Toutes ces considérations ont amené un groupe de fonctionnaire du Ministère de la Santé et de la Protection sociale à proposer l'institution d'une fonction de "technicien sanitaire" chargé de diagnostiquer et de soigner des maladies simples et d'assurer l'assainissement de base. Mais le projet rencontre très tôt l'hostilité du corps médical. Devant cette résistance, la Fédération médicale du Venezuela invita le groupe à présenter un nouveau document sous le titre de "Médecine simplifiée" exposant l'expérience envisagée. Le mot "médecine" indique que les prestations doivent avoir un caractère préventif et curatif, et "simplifiée" pour signaler qu'il devait

s'agir d'actes médicaux primaires simples. La médecine simplifiée offre aux populations rurales une médecine de base par l'emploi d'auxiliaires qui donnent des soins et dirigent les malades vers des établissements appropriés si besoin est.

Les éléments essentiels des prestations offertes sont :

- i) promotion de la santé : les services élémentaires de santé maternelle et infantile, éducation pour la santé et assainissement;
- ii) médecine préventive par les vaccinations;
- iii) premiers soins ou action thérapeutique simple;
- iv) enregistrement des faits d'état civil;
- v) surveillance de certaines maladies particulièrement importantes au Venezuela comme la tuberculose et le paludisme.

L'auxiliaire doit résider de façon permanente dans la localité et être accepté par les autorités locales. Son âge varie entre 18 et 40 ans, et il doit avoir suivi l'école primaire pendant six ans. Aucune distinction de sexe n'est faite.

Durant sa formation, il suit des cours de médecine préventive et curative. Il apprend à identifier et à traiter certaines maladies comme la diarrhée du nourrisson, ainsi qu'à prescrire des régimes adéquats. Il apprend des notions de secourisme ainsi que la façon de collaborer étroitement avec le personnel auxiliaire dans d'autres domaines tels que celui de l'enseignement, de l'agriculture et de la protection sociale. Tout cet enseignement reste essentiellement pratique. Le stage a lieu dans un centre de santé de district et jamais dans une capitale d'Etat qui risquerait de produire sur les élèves un effet de déracinement. Le personnel enseignant est composé d'infirmières diplômées, spécialement formées à cette tâche. La durée du stage est de quatre mois. La supervision est faite par des visites périodiques, toutes les semaines ou tous les 15 jours, d'un des médecins attachés au poste médical rural ou au centre de santé.

Au Venezuela, la plupart des dépenses des services de santé sont couvertes par les autorités nationales et celles des Etats. Un des objectifs du programme de médecine simplifiée est d'encourager une participation plus active des collectivités locales.

3.4 Le système de distribution des soins en République populaire de Chine

Au cours des 25 dernières années, la République populaire de Chine a fondamentalement réorganisé sa vie socio-économique, culturelle et politique. C'est dans ce cadre que s'inscrit le système de distribution des soins. Les principes suivants sont à la base de cette révolution :

- i) "développement des services, y compris les services médicaux, axés sur les groupes qui étaient les plus défavorisés; selon l'expression chinoise : "les ouvriers, les paysans et les soldats";
- ii) "accents mis, en particulier, sur les zones rurales où vivent 70 à 85 % des Chinois";
- iii) "les services doivent être basés sur le recours aux ressources de la collectivité et sur la participation de tous ses membres";
- iv) "importance primordiale accordée à la médecine préventive, en association avec la médecine curative occidentale et traditionnelle";
- v) "promotion du dévouement à la collectivité et à la nation comme force motrice de ces efforts; croyance en l'aptitude du peuple à changer pour s'améliorer".

3.4.1 Soins médicaux en milieu rural

L'organisation des soins en milieu rural suit de très près celle des structures de production.

C'est ainsi qu'en zone rurale, la plus petite subdivision est l'équipe de production qui groupe 100 à 200 personnes. Les membres d'une équipe vivent dans la même localité et constituent l'unité sociale de base. Au niveau de l'équipe de production, les soins sont assurés par des "médecins aux pieds nus" et des aides sanitaires volontaires à temps partiel qui mènent

des activités d'assainissement sous la direction des médecins aux pieds nus. Ceux-ci s'occupent des soins médicaux, de l'éducation pour la santé, de la prévention et du traitement des maladies mineures dans des stations sanitaires rudimentairement équipées. Ils peuvent aussi assurer des soins dans les champs à l'aide de leur trousse médicale.

Un groupe de 10 à 20 équipes de production forme une brigade de production. A cet échelon, les soins sont assurés par les médecins aux pieds nus avec des stations sanitaires mieux dotées. Les activités comprennent : les vaccinations, l'éducation pour la santé et le traitement des maladies mineures. Des sages-femmes également sont attachées à ces stations pour effectuer les accouchements normaux et la contraception. La brigade compte 500 à 3000 habitants. Une commune typique se compose de 10 à 30 brigades de production. Elle représente l'échelon administratif officiel élémentaire dans les zones rurales. Elle possède un hôpital ou un dispensaire de commune qui accueille les malades envoyés par les stations sanitaires de brigade. On y trouve des médecins pratiquant la médecine occidentale et des médecins pratiquant la médecine chinoise traditionnelle; ils travaillent avec des assistants médicaux et des infirmières. Enfin, on arrive graduellement à la circonscription qui a un million d'habitants et à la province qui compte 1 à 50 millions d'habitants. Toutes possèdent des hôpitaux et des spécialistes.

3.4.2 Soins médicaux en milieu urbain

Si 80 % des Chinois vivent en zone rurale, les 20 % restants (soit près de 150 millions) vivent dans les centres urbains. L'organisation des villes contient la municipalité, puis le district est divisé en "rues" ou "quartiers" qui représentent l'échelon administratif élémentaire. Mais, la plus petite subdivision des zones urbaines est d'ordinaire "l'allée" comptant 1000 à 8000 personnes. Certaines d'entre elles sont redivisées en "groupe" avec seulement 50 à 150 habitants. Les services médicaux correspondant sont :

- municipalité : hôpitaux spécialisés, hôpitaux universitaires, Bureau de santé publique;
- district : hôpitaux - spécialistes, centres de prévention des épidémies;

- quartier : hôpitaux ou dispensaires, médecins pour médecine occidentale et chinoise, assistants médicaux, infirmiers, sage-femme:
- allée : stations sanitaires, travailleurs médicaux rouges, visites périodiques des médecins.

3.4.3 Personnel de santé

A côté des agents à plein temps qui sont les agents médicaux supérieurs (médecins pour médecine occidentale, stomatologue, pharmaciens, médecins pour médecine chinoise, etc.) et les agents médicaux intermédiaires (assistants médicaux, sage-femme, infirmières, etc.), il existe une deuxième catégorie d'agents à temps partiel qui fait la spécificité de la médecine en Chine.

Les agents à temps partiel, médecins aux pieds nus, médecins ouvriers, travailleurs rouges ne sont pas considérés comme des travailleurs de la santé. Les médecins aux pieds nus sont des travailleurs agricoles; les médecins ouvriers sont des ouvriers et les travailleurs rouges sont des ménagères ou des gens retraités. Ces agents restent membres du groupe dont ils s'occupent.

En ce qui concerne le médecin aux pieds nus, il reçoit une formation de trois mois soit à l'hôpital de circonscription, soit à celui de la commune; cette formation fait une part égale à la théorie et à la pratique. Cette formation est suivie d'un stage contrôlé en cours d'emploi. Actuellement, les médecins aux pieds nus et autres agents sanitaires sont admis en priorité dans les écoles de médecine et ils sont choisis par leurs compagnons de travail, et ainsi, après leurs études, ils retournent parmi eux.

3.4.4 Coût

Le coût des services de santé en Chine semble être très bas. Cette modicité du coût s'explique par :

- i) le recours aux moyens locaux bon marché;
- ii) l'utilisation de techniques et de médicaments traditionnels;
- iii) la rémunération modeste des agents sanitaires et l'encouragement

fondé davantage sur la motivation sociale que sur les stimulants économiques;

- iv) la réduction de la durée de la formation au minimum indispensable et l'emploi, à temps partiel, de personnel recruté et formé localement.

4. SITUATION SANITAIRE AU MALI

4.1 Données sur la situation sanitaire

4.1.1 Quelques caractéristiques de la population

Il s'agit d'une population jeune

- estimée à 5 185 000 habitants en 1974;
- comme le montre la pyramide des âges (Tableau 1) :
 - 20 % de la population a moins de 5 ans;
 - 38 % " " 10 ans;
 - 48 % " " 15 ans;
 - 55 % " " 20 ans;
- le taux de mortalité est de 55 %;
- le taux d'accroissement naturel est de 2,5 %.

Il s'agit d'une population essentiellement rurale

La population urbaine se chiffre à 772 200 âmes vivant dans 30 villes de plus de 5000 habitants, représentant 15 % de l'ensemble de la population. Les 85 % restant de la population vivent en zone rurale. Le tableau 2 montre la répartition entre la population urbaine et la population rurale au Mali.

Il s'agit d'une population peu alphabétisée et marquée par ses coutumes.

Le taux de scolarisation est de 25 %. La forte ruralisation de la population explique son caractère conservateur. Le caractère conservateur de cette population majore certains problèmes de santé publique, en particulier les interdits nutritionnels auxquels sont soumis les groupes vulnérables de la population (enfants sevrés, rougeoleux, et femmes enceintes); par exemple : un enfant qui mange des oeufs deviendrait sourd; la femme gestante doit éviter certains aliments sous peine d'avortements multiples.

Il s'agit d'une population dispersée

Le Mali compte 10 368 villages pour une densité générale de 5 habitants/km². Ce clairsemage des populations, associé aux distances considérables et aux communications difficiles, explique la difficulté des efforts de développement en particulier dans le domaine sanitaire.

Tableau I

POPULATION EN 1968 SUIVANT LE SEXE ET L'ÂGE
ANNUAIRE STATISTIQUES DE LA RÉPUBLIQUE DU VUET - 1968

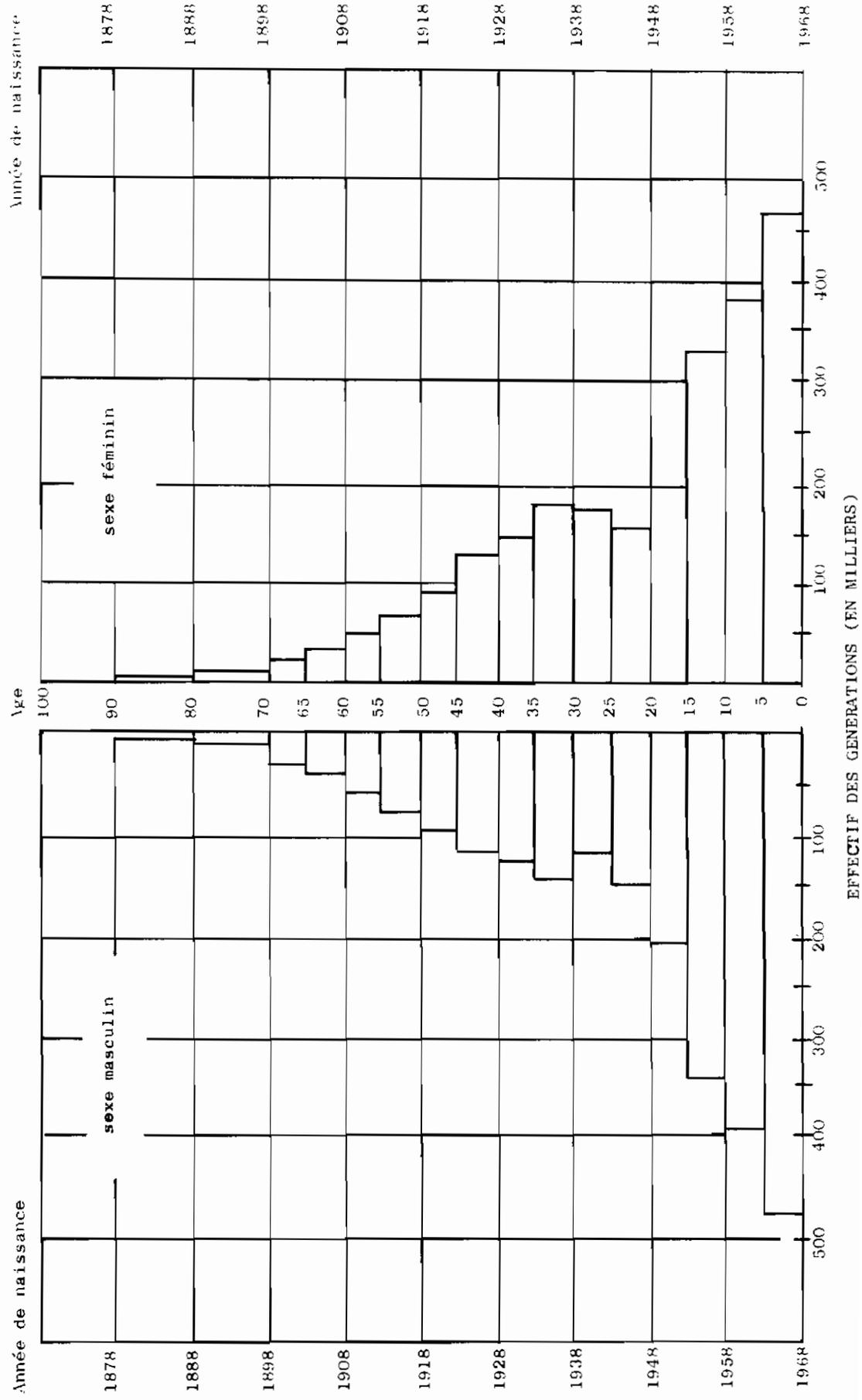


Tableau 2

POPULATION URBAINE ET POPULATION RURALE AU MALI
VILLES DE PLUS DE 5000 HABITANTS

Bamako	284 200	Bougouni	12 000
Wopti	51 100	Kolokani	11 400
Segou	47 900	Diagarabe	10 900
Kayes	44 500	Banamba	10 700
Sikasso	14 900	Yorosso	10 700
San	21 400	Kangaba	10 100
Gao	20 700	Goundam	9 200
Koutiala	19 200	Bandiagara	8 500
Koulikoro	19 100	Niono	8 500
Kati	18 800	Nianfunke	8 400
Nioro	17 500	Dire	7 700
Fombouctou	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 habitants

- % de la population vivant en milieu urbain (villes de plus de 5000 habitants) : 15 %;
- % de la population vivant en milieu rural (villes de moins de 5000 habitants et villages) : 85 %.

Organisation du Mali

- Régions 6
- Cercles 42
- Arrondissements 280
- Villages 10 368

4.1.2 Mortalité

Une très forte mortalité, dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans, constitue pour le Mali un problème sanitaire capital; ce taux se situe entre 300 et 400 o/oo.

Les principales causes de mortalité selon l'âge se résument ainsi :

Mortalité infantile	Mortalité 1-4 ans	Mortalité 5-4 ans	Mortalité adulte
Paludisme	Rougeole	Entérites	Paludisme
Entérites et maladies diarrhéiques	Paludisme	Paludisme	Entérites et diarrhées
Rougeole	Entérites	Rougeole	Pneumonies
Pneumonie	Avitaminoses et autres carences	Pneumonie	Bronchites

Il est logique de supposer que les taux de mortalité sont encore plus élevés parmi les populations qui sont dépourvus de soins médicaux.:

- Le taux de mortalité générale est de 30 o/oo pour l'ensemble du pays.

- Le taux de mortalité infantile est de 120 o/oo pour l'ensemble du pays.

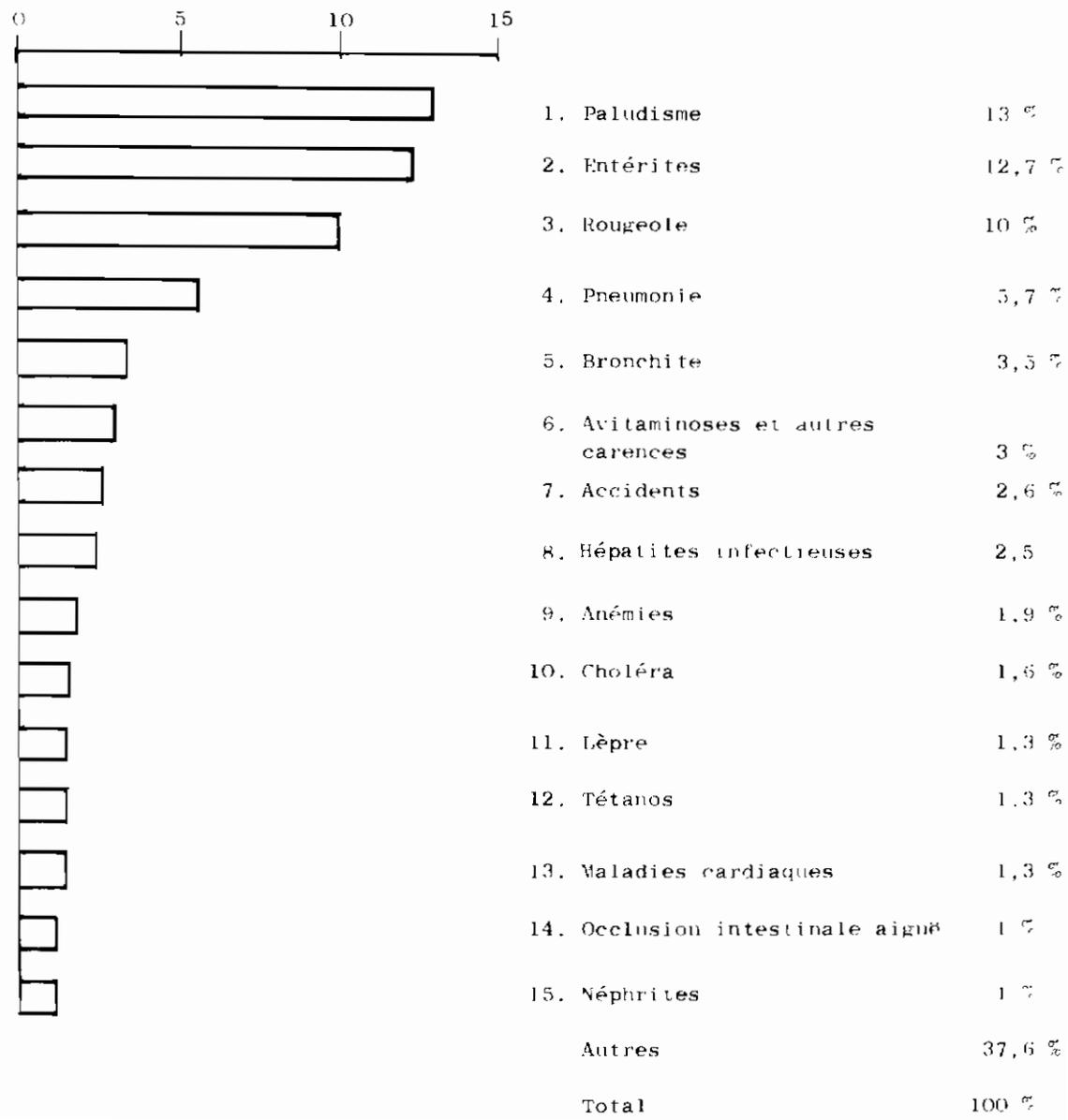
- Le taux de mortalité est de 4,1 %, soit 3,7 % dans les accouchements à terme et 11,7 % dans les accouchements prématurés.

- Le taux de mortalité néonatale précoce est de 1,3 o/oo , soit 10 o/oo dans les accouchements à terme et 92 o/oo dans les accouchements prématurés.

Le tableau 3 sur la mortalité général au Mali (Direction nationale de la Santé, 1974) fait ressortir l'importance que prend le paludisme avec 13 % des causes de décès, ensuite se succèdent entérites et rougeole avec respectivement 12,7 % et 10 %.

Tableau 3

MORTALITE GENERALE AU MALI



4.1.3 Morbidité

D'après le rapport annuel des services de santé pour l'année 1974, la morbidité générale constatée dans les assistances médicales (AM) de cercle, le paludisme vient en tête de la pathologie avec 15,6 %, ensuite les affections respiratoires et conjonctivales avec 9,2 % et 7,3 %. Les zones pilotes de Baguineda et de Sanankoroba dans la région de Bamako et les centres de développement communautaire de la région de Ségou ont bien compris tout l'intérêt que représentait la nivaquinisation en la mettant au tout premier rang des activités de soins de santé primaires. Le tableau 4 montre la morbidité constatée dans les assistances médicales sur 3 232 669 consultants (Direction nationale de la Santé, 1974).

Parmi les grandes endémies, il faut citer :

- Trypanosomiase : en 1972, 55 trypanosomés ont été dépistés sur une population visitée de 519 426 personnes - ce qui représente un taux de 10,5 pour 100 000 habitants.

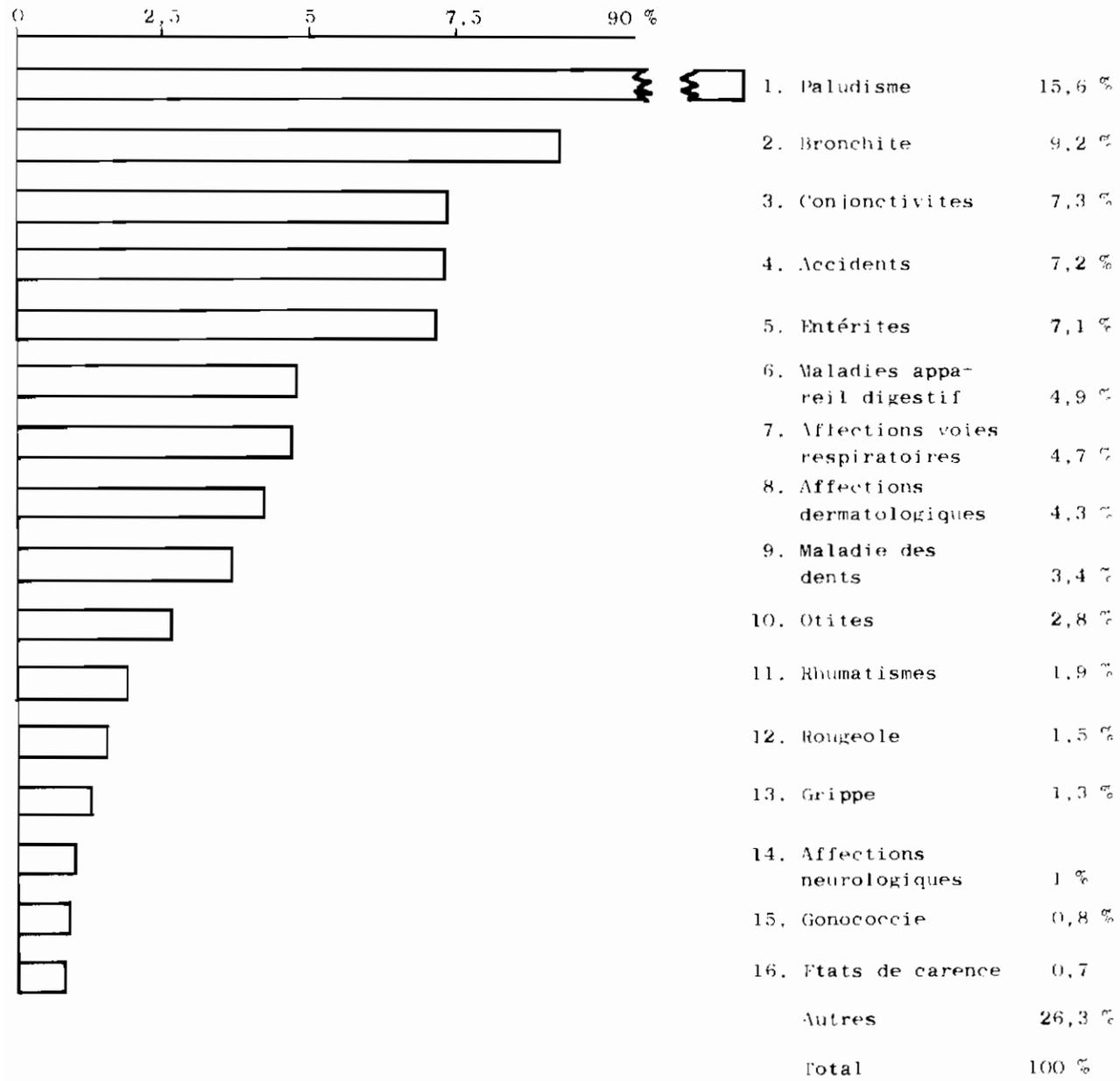
- Lèpre : cette maladie pose aussi un problème grave, avec un taux d'atteinte de 2,3 %; 105 704 cas ont été recensés en 1972 contre 89 936 en 1970 dans l'ensemble du pays.

- Onchocercose : on estime en général que l'onchocercose affecte un minimum de 400 000 habitants, particulièrement dans les vallées fertiles; les résultats d'une prospection faite en 1972 montrent un grand nombre de cécité d'origine onchocerquienne dans la région de Kayes (97 cas), et le nombre de lésions oculaires est surtout important dans la région de Mopti; la région de Gao par contre est indemne.

- Rougeole : les déficits immunitaires causés par l'état du terrain, notamment de l'état nutritionnel, rend cette endémie meurtrière entre 1 et 4 ans; c'est une maladie endémique au Mali, avec des périodes de flambées épidémiques, au cours des mois de mars, avril et mai; parallèlement, un grand nombre de décès est enregistré non seulement dans les formations sanitaires (stade de complications, mais aussi dans les zones rurales où les traditions et interdits constituent un facteur aggravant.

Tableau 4

MORBIDITE CONSTATEE DANS LES ASSISTANCES MEDICALES
C. MORBIDITE GENERALE : 3 232 669 CONSULTANTS



- Tuberculose : une des causes majeures de décès chez les adultes, la tuberculose est très répandue au Mali; une enquête radio-photographique effectuée de 1963 à 1965 sur 30 000 personnes a décelé un taux de morbidité de 25 %.

- Variolle : à la suite de la campagne de masse, le certificat d'éradication de la variolle a été obtenu en 1976.

4.1.4 Infrastructure

A Bamako

Au niveau central, le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales est constitué par le Cabinet du Ministre et deux Directions nationales, une pour la Santé et l'autre pour les Affaires sociales. Les services centraux de la Direction nationale de la Santé comportent : une division de la médecine socio-préventive et une de la médecine des soins, deux hôpitaux nationaux, deux hôpitaux de l'OCCGE (Marchoux et l'IOTA), un lazaret, un institut national de biologie humaine, un laboratoire central de biologie, une banque de sang, un institut national de recherche sur la pharmacopée traditionnelle, des centres de SMI, des dispensaires urbains de quartier, des centres dentaires.

Les services extérieurs et notamment ceux des zones rurales

Le niveau régional est constitué par six hôpitaux régionaux de la santé avec deux hôpitaux secondaires.

Au niveau cercles et arrondissements se trouvent les centres de santé de cercles et centres de santé d'arrondissement ainsi que maternités rurales.

Au niveau de quelques gros villages sont implantés des postes médicaux et des maternités rurales.

Onze secteurs des grandes endémies pour l'ensemble du pays assurent la médecine préventive; leurs structures périphériques ne coïncident pas avec la régionalisation sanitaire et administrative du pays.

Dans la pratique, seules les grandes villes sont pourvues de formation de médecine curative. La première tentative d'extension des services jusqu'aux villages et hameaux a vu le jour avec le service des grandes endémies.

L'application des principes de Jamot a permis aux paysans de connaître une médecine que réclame l'ensemble de la collectivité. Ce pionnier ouvre ainsi la porte sur une époque nouvelle, qui verra le contrôle de la trypanosomiase, de la fièvre jaune et de la variole et un début de contrôle de la lèpre, de l'onchocercose et du trachome. Ainsi, le service des grandes endémies s'est avéré comme un service adapté aux conditions prévalentes au Mali et sa méthode de travail comme une méthode de choix par ses principales caractéristiques telles que, grande mobilité, travail sur l'ensemble de la population, traitement de masse. Le tableau 5 résume l'infrastructure sanitaire au Mali en 1974 (Direction nationale de la Santé).

Tableau 5

INFRASTRUCTURE SANITAIRE
(CF. INFRASTRUCTURE SANITAIRE AU MALI 1974 -
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE)

Catégorie des établissements	Nombre	Nombre de lits	Nbre d'hospitalisés	Consultants	Consultations
Hôpitaux nationaux	2	2 162	53 122	263 126	615 184
Hôpitaux régionaux	6				
Hôpitaux secondaires	2				
Institut Marchaux	1	79	733		
IOTA	1	80	730		
Lazaret	1	42	217		
Hôpitaux ruraux	35	679	13 347	3 165 296	10 885 809
Maternités	152	1 161	27 227		
Dispensaires	387	-	-		
Secteurs des Grandes Endémies	11	141	90 473	90 473	625 537
		4 344	185 849	3 518 895	12 126 530

Pour une population de 5 185 000 habitants : soit 1 lit pour 1200 habitants ou 8 lits pour 10 000 habitants.

4.1.5 Personnel

Sous-médicalisation

Il est classique d'établir le rapport entre les ressources en personnel d'un service de santé et la population à couvrir, pour quantifier l'efficacité des prestations sanitaires. En effet, la sous-médicalisation est un fait réel au Mali comme le montre les chiffres suivants :

- 129 médecins au total, avec 50 % de Maliens et 50 % d'expatriés, soit un médecin pour 40 000 habitants;
- 277 infirmiers/ères diplômés d'Etat, soit un infirmier diplômé pour 18 000 habitants;
- 253 sages-femmes d'Etat, soit une sage-femme pour 20 000 habitants;
- 985 infirmiers diplômés du premier cycle, soit un infirmier du premier cycle pour 5000 habitants.

Ces chiffres en eux-mêmes n'ont pas grand sens, si ce n'est pour illustrer le problème de la sous-médicalisation au Mali. La sous-médicalisation doit être étudiée non seulement par rapport au nombre de médecins ou par rapport au nombre de personnel auxiliaire, mais en prenant en considération les deux.

En fait, le problème aigu au Mali se pose surtout en raison de l'insuffisance du personnel auxiliaire. En effet, former un médecin est coûteux et demande de nombreuses années; et par ailleurs, il refuse généralement de travailler en brousse et son utilisation nécessite la création d'un certain nombre d'infrastructures souvent incompatibles avec les ressources du pays. Il faut cesser de considérer le médecin comme l'homme à tout faire des services de santé; il importe de le considérer comme le chef de l'équipe de santé où chaque membre aura son rôle à jouer.

En effet, on n'améliore pas la santé d'une population en multipliant le nombre de médecins. Il vaut mieux avoir un personnel nombreux, dépourvu de diplôme universitaire exportable mais répondant aux besoins propres du pays, que de produire à grands frais des médecins pour des activités qui peuvent être confiées à d'autres catégories de personnels.

Tableau 6

PERSONNEL MEDICAL ET PARA-MEDICAL AU MALI
(STATISTIQUES MINISTERE DE LA SANTE - 1974)

	Nombre de cercles	Population totale		Médecin	Infirmier diplômé d'Etat	Sage-femme	Infirmier 1er cycle
Cercles dont le chef-lieu n'est pas également chef-lieu de région	23	2 064 404	Zone A Cercles sans médecin	0	46	17	213
			Zone B Cercles avec 1 médecin	13	46	20	216
Cercles chefs-lieux de région (Kayes, Sikasso, Ségou, Gao), sauf Bamako	5	971 176	P/D	1/135 000	1/37 000	1/87 000	1/80 000
			N	36	78	27	195
Total Mali sauf cercle de Bamako	41	4 783 012	P/D	1/27 000	1/12 500	1/36 000	1/5 000
			N	49	170	64	624
Cercle de Bamako	1	397 325	P/D	1/97 612	1/28 135	1/74 734	1/7 665
			N	80	107	189	361
Total Mali	42	5 180 337	P/D	1/5 000	1/4 000	1/2 000	1/1 100
			N	129	277	253	985
			P/D	1/40 000	1/18 000	1/20 000	1/5 000

Il faut considérer le rôle du médecin en fonction des besoins de la collectivité; de nombreuses tâches peuvent être confiées sous sa direction à un personnel de type auxiliaire.

Le tableau 6 montre les effectifs du personnel médical et paramédical au Mali en 1974.

Concentration de ses cadres dans les villes

Le personnel est très inégalement réparti. Les zones urbaines sont pléthoriques, créant même un sous-emploi pour certains :

- sur 129 médecins, 80 sont à Bamako, soit 62 %;
- sur 277 infirmiers diplômés d'Etat, 107 sont à Bamako, soit 38 %;
- sur 253 sages-femmes d'Etat, 189 sont à Bamako, soit 74 %;
- sur 985 infirmiers du premier cycle, 361 sont à Bamako, soit 36 %.

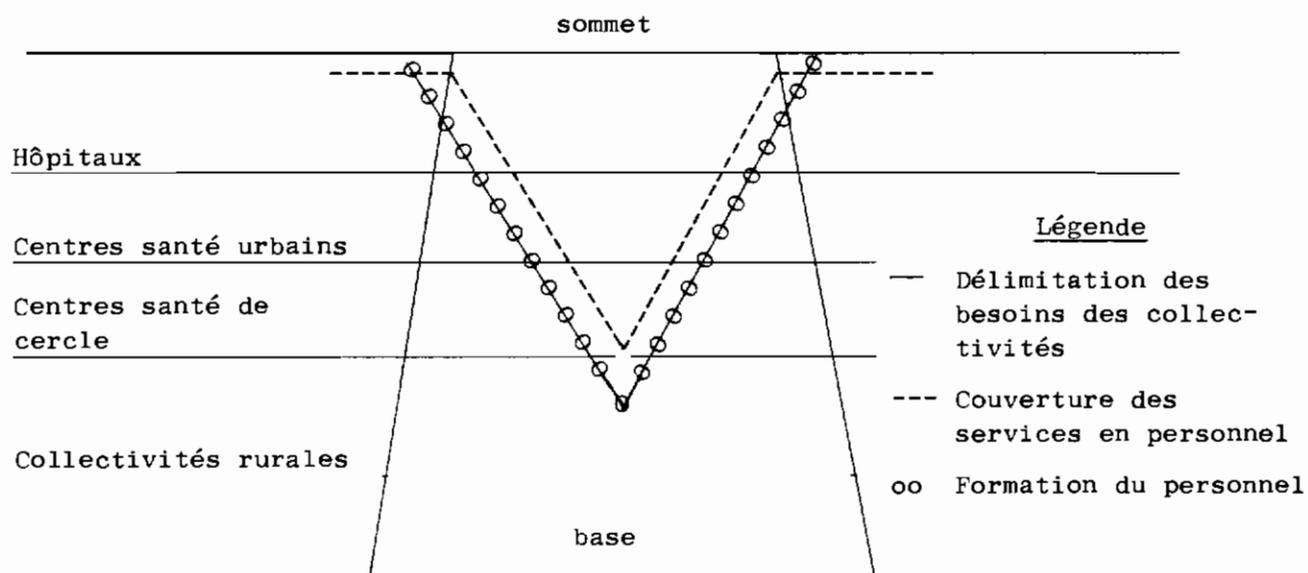
Implantation des grandes écoles de formation des cadres

Les écoles pour la formation des cadres sont toutes concentrées dans les grandes villes.

Trois grandes écoles à Bamako forment le personnel médical et paramédical : l'Ecole nationale de Médecine, l'Ecole secondaire de la Santé et l'Ecole des Infirmiers du Point G. Elles dispensent un enseignement théorique et pratique, à côté duquel existe un enseignement pratique sur le terrain. Les formateurs de l'Ecole de Médecine ont compris tout l'intérêt du travail sur le terrain en instituant un stage de 45 jours par an, durant lequel l'étudiant a le choix de la localité où il effectuera ce stage.

La création à Massantola (cercle de Kolokani) d'un centre d'enseignement et de recherche sur la médecine rurale est un fait positif. Désormais, les étudiants en médecine complèteront leur enseignement en santé publique sur le terrain, et pourront par exemple apprendre à former des agents sanitaires de village, à recycler les accoucheuses traditionnelles, à tenter la collaboration médecin-guérisseur.

Le hiatus entre le sommet et la base en matière de personnel et de formation s'explique par le schéma ci-dessous :



La base qui a le plus de besoins vient à peine d'être touchée par la formation du personnel et la couverture par le personnel formé.

4.1.6 Budget de la santé

Le budget global de l'Etat pour 1976 a été approuvé par le Conseil des Ministres pour un montant de 49 271 861 000 francs maliens (FM). Celui de la santé s'élève à 3 318 831 000 FM, soit 6,7 % du budget global. Déjà, le personnel de la santé absorbe 57 % (soit 1 893 107 000 FM) du budget de la santé, sans pour autant atteindre la couverture sanitaire totale du pays. Malgré tout, les efforts de formations continuent.

En réalité, nos moyens nous permettront-ils de résoudre ainsi ce problème, ou devons-nous avoir recours à une politique plus adaptée à nos moyens ?

Quant à la consommation médicamenteuse et les frais de matériaux, ils totalisent 1 425 722 000 FM, soit 43 % du budget de la santé. L'Institut national de Recherche sur la Pharmacopée traditionnelle (INRPT), s'il réalise ses objectifs, nous donne un certain espoir quant à l'amélioration du coût des médicaments.

Le tableau 7 indique le budget de la santé (Direction nationale de la Santé).

Tableau 7

BUDGET DE LA SANTE

Budget annuel		3 318 831 000 FM	100 %
dont	personnel	1 893 107 000 FM	57 %
	Matériaux et médicaments	1 425 722 000 FM	43 %

Soit 640 FM par habitant et par an, dont 365 FM pour le personnel et 275 FM pour le matériel et les médicaments.

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

Dénomination des chapitres	% de la totalité	Répartition	% du chapitre	% de la totalité
3. Médecine socio-préventive	19,3	Lutte antituberculeuse	31	6
		Hygiène	24,9	4,8
		Grandes Endémies	11,7	2,3
		Vaccinations	10,6	2
		SMI Bamako	10,6	2
		Médecine scolaire	5,3	1
		Hygiène mentale	4,2	0,8
		Education pour la santé	0,8	0,1
		Total	100	19,3
4. Direction nationale	3,1			3,1
5. Formations sanitaires de Bamako (dispensaires, etc.)	3			3
6. Directions régionales	1,6			1,6
7. Divers (écoles, etc.)	11,1			11,1
Total	100			100

4.2 Analyse de la situation sanitaire

Les problèmes qui se posent sont dominés par :

4.2.1 La prédominance d'une pathologie infectieuse nutritionnelle et parasitaire

La forte mortalité dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans, en partie due au mauvais sevrage et à la malnutrition, pourrait être corrigée par une meilleure éducation des mères.

Le paludisme intéresse l'ensemble de la population. Il a une forte incidence économique. Une solution rationnelle est déjà à l'épreuve : la nivaquinisation des enfants en zone rurale. Il faut envisager également la désinsectisation et les mesures d'assainissement du milieu.

L'éducation pour la santé et nutritionnelle des populations, une hygiène générale acceptable, sont nécessaires pour lutter contre les entérites et les maladies diarrhéiques.

La rougeole est une des principales causes de décès en milieu rural; la vaccination reste la méthode de choix dans sa prévention.

Les grandes endémies existent encore, malgré les résultats notables obtenus par les équipes mobiles prônées par Jamot.

Les matrones rurales et bientôt le recyclage de l'accoucheuse traditionnelle, rentrent parmi les solutions retenues pour lutter contre les complications de la grossesse et de l'accouchement.

4.2.2 L'insuffisance des moyens

En ce qui concerne l'infrastructure sanitaire, la médecine fixe de soins a enregistré de grands progrès quant à son extension jusqu'au niveau de l'arrondissement. Cependant, le nombre de formations sanitaires demeure insuffisant. Dans les régions de Sikasso et de Bamako, les populations ont fait face à ce problème en construisant elles-mêmes des dispensaires et des maternités rurales, le gouvernement devant fournir ces formations en personnel. Cependant, plusieurs dispensaires et maternités sont restés longtemps sans personnel.

En matière de médecine socio-préventive, les grandes endémies et l'éducation pour la santé et nutritionnelle ont des moyens réduits. Tout cela est en partie imputable au fait que ces services sont demeurés au niveau central et n'ont pas pu s'enraciner au niveau local, où la main-d'oeuvre pourtant ne manque pas tels que les matrones, les guérisseurs, les marabouts, les élèves coraniques, etc.

L'insuffisance en personnel doit attirer l'attention sur la nécessité de former un personnel nombreux, et peu coûteux. Dans le domaine de la recherche scientifique, les objectifs que s'est fixé l'Institut national de Recherche sur la Pharmacopée traditionnelle permettent de bien augurer pour une collaboration étroite entre médecine traditionnelle et médecine moderne, et une réduction des coûts des produits pharmaceutiques.

Il est utopique d'espérer une couverture sanitaire totale de la population avec le budget dont dispose actuellement le Ministère de la Santé. La seule solution possible, pour le moment, serait la prise en charge par la collectivité de ses problèmes de santé dans le cadre d'un développement intégré et multisectoriel.

4.2.3 L'insuffisance d'organisation

Etant donné que les problèmes de santé sont en corrélation étroite avec le développement en général, un mécanisme de coordination inter-ministérielle est une nécessité. Cela peut être illustré en prenant comme exemple le cas de l'éducation pour la santé qui implique, en dehors du Ministère de la Santé qui conserve un rôle d'impulsion dans ce domaine, le Ministère de l'Education nationale pour l'hygiène générale à l'école, le Ministère du Développement rural pour les implications sanitaires des barrages et projets d'irrigation, le Ministère des Travaux publics pour ses installations d'assainissement.

D'où, la nécessité à l'heure actuelle d'avoir des comités inter-ministériels chargés de réfléchir sur les questions de développement, tout en leur apportant des solutions spécifiques.

Au niveau ministériel, la couverture des masses rurales doit être considérée comme une priorité; des directives en la matière doivent être adressées à chaque médecin de cercle.

4.3 Essais de solution

4.3.1 Intégration

L'intégration des activités curatives et préventives représente une des solutions dans la lutte contre la maladie. Dans un système intégré, il n'existe qu'un seul et même système qui accomplit à la fois des activités curatives et préventives. Au sein des mêmes locaux, le même personnel fournit indifféremment des prestations préventives et des prestations curatives. En outre, un système intégré est responsabilisant. Le médecin sera à la fois responsable du traitement des malades et de la prévention des maladies; s'il préfère installer un bloc opératoire au lieu de vacciner, il pourra le faire en toute connaissance de cause puisqu'il sera aussi bien responsable des malades à opérer que de ceux qui risquent d'être malades faute de n'avoir été protégés par la vaccination.

La médecine curative répond davantage aux intérêts des classes privilégiées qui ont les moyens d'y accéder, et ne sont pas concernés par la médecine préventive dont la nécessité se fait sentir davantage parmi les classes défavorisées.

Les médecins de cercles sont chargés de mener des activités curatives et préventives, mais dans la réalité, la médecine de soins prend largement le pas sur les activités de prévention telles que la santé maternelle et infantile, l'hygiène du milieu, l'éducation pour la santé, la lutte contre les maladies transmissibles.

En confiant à chaque échelon la pleine responsabilité de ses activités, la décentralisation a pour but de lutter contre la déresponsabilisation créée par les systèmes centralisés. Chaque chef de poste médical doit avoir la responsabilité de mettre en oeuvre des actions sanitaires pour répondre aux exigences de la situation sanitaire locale.

4.3.2 Participation de la collectivité

Au niveau des moyens, la participation communautaire peut représenter une des solutions. En effet, au Mali comme dans nombre de pays sous équipés, l'insuffisance de moyens est un facteur limitant pour beaucoup d'activités, surtout lorsqu'elles s'adressent à la grande masse.

Il apparaît de plus en plus évident qu'aucune promotion sanitaire ne peut dépasser un certain niveau sans une prise en charge de la santé par les intéressés eux-mêmes. Toute action sanitaire reposant sur la passivité de la population (vaccination faite de force, construction d'un puits par des étrangers) ne peut aboutir à des résultats à long terme et les résultats obtenus à court terme sont trompeurs.

Ce principe de la participation est la clé de tout développement. D'ailleurs, la participation n'est pas spécifique à la santé, elle se retrouve aussi bien dans les autres secteurs du développement : agriculture, élevage ou éducation. La meilleure structure de participation se situe au sein d'un programme de développement communautaire.

4.3.3 Politique socio-sanitaire

Il importe, en matière de programmes destinés aux populations rurales, que le pays ait une politique sanitaire clairement définie. Etablir le contact et le dialogue avec la population représente une des solutions primordiales pour résoudre les problèmes.

Le manque de personnel est un handicap important. Numériquement parlant, il n'est pas possible de couvrir l'ensemble des villages avec des infirmiers. Le Mali compte en effet 10 368 villages dissemblables géographiquement, économiquement et culturellement. Ces facteurs créent naturellement une certaine appréhension pour le personnel affecté en brousse, en raison des problèmes d'adaptation et de communication avec les autres membres de la communauté à servir auxquels ils ont à faire face.

Les distances et les moyens limités représentent un autre handicap. Il est matériellement impossible à l'infirmier d'un dispensaire d'arrondissement de se rendre compte de l'état sanitaire de tous les villages qui dépendent de son poste médical, en raison des distances et des difficultés de déplacement. Or, il est par excellence l'élément de contact, l'élément mobile, l'élément dynamisant des services périphériques de par sa situation au coeur des masses rurales. Il est de sa responsabilité de rendre compte de l'ensemble de la situation sanitaire de son secteur. A cet égard, il est à noter que ces agents sont souvent réduits à l'immobilisme, à la médecine

statique, individuelle, de soins des cas, au lieu d'aller au-devant de la population et de ses problèmes sanitaires.

Enfin, bien souvent, la population est réticente à tout élément étranger. Il est logique, pour un être humain, de réagir et d'être méfiant à l'égard de ce qu'il ne connaît pas. C'est de cette manière que le paysan réagit vis-à-vis de l'infirmier qui débarque pour la première fois, mais aussi vis-à-vis de la culture différente qu'il apporte avec lui de par sa position. En général, une collaboration étroite et franche ne vient que beaucoup plus tard, et c'est toujours l'étranger qui doit faire le premier pas vers l'autochtone, et rarement le contraire.

4.3.4 Services de santé villageois

Il est nécessaire, pour faire face aux différents problèmes, d'établir un véritable service de santé villageois. Le service de santé villageois devrait constituer le chaînon le plus élémentaire du système sanitaire national. Dans sa structure, il doit être homogène, simple, peu coûteux et assuré par des personnes qui se connaissent et se respectent.

Ce concept d'ailleurs n'est pas nouveau, il a toujours existé, mais sous d'autres formes tels que les guérisseurs de village, les féticheurs de village, les accoucheuses de village, les sorciers, les marabouts de village, etc. Aujourd'hui, ces valeurs ont été reconnues; l'essentiel est qu'elles oeuvrent pour le bien-être de la collectivité.

Le service de santé villageois demeure la propriété du village. Son personnel doit donc être originaire du village et ce sont les membres de la communauté à servir qui doivent le choisir en toute connaissance de cause.

Le personnel étant strictement local, les activités s'étendent uniquement à la communauté qui l'a désigné; son champ géographique d'action se trouve donc réduit. Il y aura donc moins de distance à parcourir et un minimum de moyens logistiques devront être mis à sa disposition.

La confiance qui règne entre le personnel du service de santé villageois et la communauté est un atout de haute valeur. L'agent de village sera écouté et suivi par tous. Il s'agit donc là d'une méthode de choix pour faire pénétrer les idées et les techniques d'une culture à une autre.

5. REVUE DES EXPERIENCES MALIENNES

5.1 Tentatives d'extension des services au niveau du village

Au temps de la colonisation, les maladies endémiques (trypanosomiase, variole, lèpre, méningite cérébro-spinale, onchocercose) représentaient un facteur de décimation pour les populations; les mesures entreprises contre elles ont ouvert l'ère des actions d'envergure. Elles étaient orientées déjà vers une médecine préventive pour la collectivité aux détriments de celle de l'individu. C'est là le mérite des premières équipes du Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie (SGHMP), qui dépassaient le cadre des cités pour aller porter, au sein des plus petits villages, le diagnostic et le traitement nécessaires. Après quelque 40 ans de lutte, on peut constater la réduction sensible de ces grands fléaux; cependant, l'état sanitaire des populations rurales reste encore précaire.

Depuis quelques années, l'ensemble des structures sanitaires subi une profonde mutation et le principe de la décentralisation des pouvoirs et des programmes sanitaires a été dégagé. Au niveau des villages, la mise en place des matrones, des pharmacies de villages, s'inscrit dans ce cadre.

5.2 Expérience de Sikasso

5.2.1 Matrones

Pour la première fois en 1970, à Sikasso, une nouvelle politique sanitaire a été conçue et appliquée par l'autorité administrative (en l'occurrence le gouverneur de la région). Cette expérience a d'autant plus d'importance qu'elle met en lumière la possibilité de conception d'un programme de santé rurale au Mali par une personnalité non médicale. Cette politique représente un chapitre du développement social et régional, où les collectivités concernées sont invitées à participer :

- à la construction de logements pour les enseignants, les infirmiers et les matrones;
- à la construction d'écoles pour les élèves, de dispensaires et de maternités rurales;
- également, à la rémunération des matrones qui, une fois formées, constitueront le personnel des maternités rurales.

La réalisation pratique dans le domaine sanitaire de cette expérience pilote reste le mérite du médecin coordonnateur des services régionaux de Sikasso. Plusieurs tournées ont permis d'expliquer aux populations rurales de la région le contenu du nouveau programme et ce qu'on attendait d'elles. La population a accepté de construire elle-même les maternités rurales. La main-d'oeuvre non spécialisée est constituée par les associations des jeunes et des femmes. Toute la main-d'oeuvre spécialisée a été financée grâce à la collecte de cotisations par les associations des femmes utilisant comme source de revenu le beurre de karité qui, obtenu grâce à la cueillette collective, est ensuite vendu.

Le coût d'une maternité s'élevait entre 2 500 000 FM et 3 500 000 FM. En cinq ans, 108 maternités ont été construites et autofinancées par les populations; de 1970 à 1973, 88 maternités rurales ont été équipées.

Le choix s'est porté sur les jeunes filles et jeunes femmes "scolarisées" de 18 à 25 ans de retour au village car n'ayant pas terminé leur scolarité. Le niveau d'instruction allait de la cinquième année à la septième année fondamentale. Le recrutement a lieu dans les arrondissements et gros villages.

Les objectifs de la formation sont les suivants :

- obtenir des accouchements normaux, avec une bonne asepsie;
- dépister précocement les dystocies de façon à évacuer rapidement sur les formations sanitaires mieux équipées;
- assurer une surveillance de la grossesse;
- donner des notions élémentaires sur le paludisme, la dysenterie, etc.

La durée de la formation est de six mois. Elle est effectuée dans les hôpitaux, maternités et SMI de Boungouni, Sikasso et Koutiala, par les infirmiers et sages-femmes sous la supervision des différents médecins-chefs. A la fin du stage, une trousse UNICEF est remise à la matrone.

Du point de vue rémunération, l'UNICEF a accordé une indemnité de stage de 18 000 FM seulement à la première promotion. Désormais, les matrones sont prises en charge par les collectivités qui les ont envoyées. La matrone reçoit 300 FM par accouchement dans les gros villages de 2000 âmes et hameaux

périphériques. Cela représentait en moyenne 6000 FM pour 20 accouchements par mois. Dans certaines maternités, on ne dépasse pas 3000 FM par mois, d'où la nécessité d'arriver à un compromis afin d'assurer aux matrones au moins le salaire minimum inter-professionnel garanti (6500 à 8000 FM).

5.2.2 Pharmacies de village

Tous les chefs-lieux d'arrondissement de la région possèdent un dépôt de produits pharmaceutiques. Le Directeur général de la Pharmacie populaire a donné son accord sous réserve que les conditions suivantes soient assurées :

- achat comptant de produits;
- remise de 20 % au premier achat;
- remise de 15 % aux achats ultérieurs;
- respect scrupuleux des tarifs pratiqués à Bamako.

La gestion de la pharmacie villageoise est confiée à la Fédération des Groupements ruraux, qui est l'organisme coopératif regroupant tous les paysans au niveau de l'arrondissement. A son tour, elle répartit les produits entre les matrones en poste pour la vente. Le chiffre d'affaires des pharmacies oscille entre 100 000 à 600 000 FM par mois, et le bénéfice se chiffre entre 15 000 et 90 000 FM. C'est là une nouvelle possibilité qui s'offre pour compléter le salaire des matrones grâce à une retenue sur la vente des produits pharmaceutiques.

5.2.3 Résultats obtenus

Les résultats sont encourageants parce que le nombre d'accouchements enregistrés durant 1975 dans les maternités rurales dépassent de loin celui des maternités centrales au niveau de certains cercles comme le montre le tableau suivant :

Tableau 9

SITUATION DES MATERNITES ET MATRONES RURALES AU 1er DECEMBRE 1976
(LE NOMBRE D'ACCOUHEMENTS CORRESPOND A LA PERIODE
DU 1er JANVIER AU 1er DECEMBRE 1975)

Cercles	Nombre de maternités rurales en fonction	Nombre d'accouchements en maternité rurale	Nombre d'accouchements dans les maternités centrales	Nombre de pharmacies de village
Yorosso	3	1 066	129	3
Koutiala	28	2 194	1 477	11
Sikasso	21	2 306	3 967	9
Kadiolo	16	799	346	3
Bougouni	22	2 008	827	8
Yanfolila	8	442	145	7
Kolondiéba	5	550	260	4
Total	103	9 365	7 151	45

Source : Direction régionale de la Santé, Sikasso.

Les problèmes qui se posent sont, le plus souvent, relatifs aux traditions ou simplement d'ordre pratique :

- le jeune âge des matrones rurales, car une fille n'accouche pas sa mère;
- la matrone célibataire, car une fille de 20 ans, célibataire, ne peut pas être sérieuse, et il est donc difficile de lui accorder la confiance;
- la matrone qui n'a pas d'enfants; sauf le cas des mères célibataires, une femme qui n'a jamais accouché ne peut connaître ce qui a trait à l'accouchement;

- la matrone étrangère n'étant pas de la région, les conditions psychologiques sont difficiles;
- lorsqu'une matrone arrive à se faire accepter par la communauté : tôt ou tard, le mariage lui fera abandonner le village et la maternité et sa remplaçante éventuelle doit tout recommencer; de plus, pour s'affirmer, elle doit faire face à la politique occulte des vieilles accoucheuses qui voient leur réputation en jeu; enfin, les moyens de locomotion rendent les visites des villages environnants difficiles.

En conclusion, de 1970 à 1976, 103 maternités sont en fonction et six en chantier, avec 46 pharmacies de village. Un bon principe a été retenu : les populations envoient leurs matrones pour formation, et à la fin du stage, elles rejoignent les collectivités qui les ont choisies.

5.3 Expérience de Bamako

5.3.1 Matrones

Elle présente les mêmes principes de base que l'expérience de Sikasso, la deuxième région s'étant inspirée de la troisième. Le gouverneur de la région, conscient des difficultés sanitaires que rencontrent les masses laborieuses, décida d'élaborer et d'étendre une formation de jeunes accoucheuses appelées matrones. Ces dernières sont recrutées, formées et affectées dans toute la région, afin de combler le vide créé par l'insuffisance de sages-femmes et de mettre en particulier un terme à la pratique souvent dangereuse des vieilles femmes qui accouchent les parturientes de brousse.

Le gouverneur, en lançant l'opération matrone, a également médité sur l'apport bienfaisant de la mobilisation des populations de la région autour de ce programme. Mais en fait, il a compris que cette action pouvait s'insérer dans une action globale, socio-sanitaire, dans laquelle les populations devraient jouer un grand rôle. Pour cela, il a favorisé la création d'une association de parents d'élèves. Cette association a pour but de réfléchir sur les problèmes sociaux (éducation, santé, économie, etc.) de la région. Parallèlement, le gouverneur a institué une taxe de 1000 FM pour chaque personne imposable qui sera versée annuellement à la caisse de l'Association des Parents d'Elèves pour contribuer à la rendre autonome.

L'Association a réussi plusieurs réalisations dans la région :

- construction d'écoles, de maternités rurales et de dispensaires ruraux au niveau des arrondissements et des secteurs (gros villages);
- construction de logements pour maîtres, infirmiers de dispensaires et matrones des maternités.

Toute la main-d'oeuvre non spécialisée est constituée par les jeunes et les femmes; mais le coût de la main-d'oeuvre spécialisée, ainsi que l'achat des portes, fenêtres, tôles pour toutes les constructions, sont imputés à la caisse de l'Association des Parents d'Elèves.

En plus, il existe, au niveau de tous les villages, une association des paysans appelée "Groupement rural (GR)". Ces groupements ruraux se réunissent au niveau de l'arrondissement pour former la Fédération des Groupements ruraux (FGR). Ces fédérations de groupements ruraux ont pour but de vendre à bon prix les produits de première nécessité pour le paysan (grain, sel, sucre, tissus, etc.). La FGR gère aussi la commercialisation des produits pharmaceutiques au niveau de l'arrondissement. Les bénéfices réalisés serviront à renforcer la caisse de la Fédération des Groupements ruraux, et à payer les rémunérations des matrones rurales.

Dans la région de Bamako, trois centres sont ouverts pour former pendant 14 mois des jeunes filles comme matrones rurales : Ouélessébougou Koulikoro et Kolokani. Ces jeunes filles sont recrutées à partir d'un concours au niveau de la région, et ensuite réparties entre les trois centres de formation. En général, ces futures matrones sont âgées d'environ 20 ans et ont un niveau scolaire qui varie de la cinquième à la septième années d'études fondamentales.

A la fin de la formation théorique et pratique, la matrone doit être capable de :

- connaître l'utilité de l'asepsie pour faire un accouchement;
- effectuer un accouchement eutocique et dépister les dystociques pour une évacuation urgente;
- surveiller la grossesse du début à la fin;
- prodiguer des conseils diététiques à la mère et son enfant;

- connaître des notions élémentaires sur le paludisme, les entérites, les maladies diarrhéiques, etc.

Ces matrones, une fois en poste, sont prises en charge par la Fédération des Groupements ruraux, c'est-à-dire par les paysans. Contrairement à la région de Sikasso, les matrones, dans la deuxième région, ne sont pas payées à l'acte. Elles ont une indemnité de 20 000 FM.

La surveillance de l'activité technique des matrones est confiée au médecin-chef de l'assistance médicale de cercle, mais le contrôle non technique ressort de la responsabilité de la Fédération des Groupements ruraux.

5.3.2 Pharmacie de village

Les FGR sont chargées de gérer un dépôt de produits pharmaceutiques qu'elles confient au niveau de chaque maternité rurale à la matrone rurale. Cette dernière vend les produits, s'approvisionne régulièrement et verse l'argent encaissé à la Fédération.

5.3.3 Résultats

Actuellement dans la région de Bamako, 100 maternités rurales ont été construites par les populations organisées en fédération de coopératives. Les sources de financement ont été obtenues grâce aux :

- cotisations des parents d'élèves;
- bénéfices réalisés par les magasins d'approvisionnements des fédérations;
- bénéfices réalisés par les dépôts de pharmacies villageoises approvisionnés par la Pharmacie populaire.

La formation des matrones continue. L'élaboration d'un guide de la matrone rurale est en cours avec la collaboration de l'OMS. Un document sur la formation des matrones rurales a été élaboré et mis à la disposition des écoles d'enseignement des sciences de la santé.

A Ouélessebouyou, 10 matrones rurales ont été recyclées en février 1976.

A Kolokani, 35 matrones rurales ont terminé leur formation le 25 juin 1976. Sur l'ensemble de la région de Bamako, 100 candidates matrones rurales viennent d'être recrutées. Leur formation est en cours dans les centres d'enseignement pour matrone. Il existe dans la deuxième région 61 pharmacies de villages. Mais un certain nombre d'éléments nous semblent regrettables dans cette entreprise, à savoir :

- la méthode de recrutement sur concours, aussi bas que demeure le niveau;
- les matrones ne sont pas les élèves des collectivités qu'elles doivent servir;
- les matrones sont souvent rejetées à cause de la discordance entre leur lieu d'origine et celui du travail.

5.4 Expérience de Baguineda

5.4.1 Description

Choisi par le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales pour servir de centre de démonstration et de développement des services de santé de base, l'arrondissement de Baguineda est situé à 35 km à l'est de Bamako sur le grand axe routier Bamako-Mopti. L'arrondissement compte 27 975 habitants répartis entre 65 villages sur une superficie de 1350 km². Ses débuts remontent à 1972. De 1972 à 1975, la contribution de l'UNICEF peut être estimée à 5 millions de FM. Actuellement, le financement et l'entretien des structures primaires relèvent uniquement du Ministère de la Santé.

En matière de soins de base, une expérience se poursuit dans trois villages. Ces derniers ayant manifesté le désir de voir s'implanter chez eux des structures qu'ils prendraient eux-mêmes en charge à condition qu'on les aide à améliorer leur état. Après enquête faite dans ces villages par l'équipe du centre, il a été reconnu que les habitants entreprenaient certaines actions positives telles que balayage des villages, disposition des ordures loin des habitations, qu'il faut encourager afin qu'elles servent à motiver les autres villages.

L'équipe d'animation du centre se compose de :

- un infirmier diplômé d'Etat, chargé du dispensaire;
- un technicien sanitaire chargé de l'assainissement;
- une sage-femme pour la maternité.

Les principes de travail ont été clarifiés lors des multiples causeries de sensibilisation avec les villages concernés.

Les populations ont le choix de cinq animateurs par village, à raison de trois hommes et deux femmes à titre bénévole. L'âge requis pour les animateurs doit osciller entre 30 et 40 ans. Les animateurs doivent résider dans leurs villages respectifs. Il leur sera donné une formation dans la langue locale sous forme de causerie à raison de deux séances par semaine. La même formation est prodiguée à tous, la différence n'apparaîtra que dans le choix des tâches. Les animateurs sont répartis comme suit :

- deux agents d'assainissement dont une femme et un homme;
- deux agents de nutrition dont une femme et un homme;
- un agent de soins, de préférence un homme.

L'agent chargé des soins détient une pharmacie de village, à dotation gratuite, composée de nivaquine, aspirine, ganidan, sulfamide, huile gomenolée, argyrol, alcool.

La simplicité de la méthode et l'adaptation des programmes ont été le souci majeur. Les causeries doivent porter sur :

- l'hygiène : personnelle, de l'habitat et du village;
- l'eau : les maladies de l'eau, le puits, le marigot et les réserves d'eau;
- les excréta : les maladies transmissibles, le rôle des latrines;
- les ordures : rôle des ordures dans la reproduction des mouches, la manière de rendre les ordures inoffensives;
- les insectes : mouches, moustiques, cafards, poux;

- l'alimentation : les différents aliments, aliments de l'enfant, aliments de l'adulte;
- conclusion : importance de l'éducation pour la santé et de la participation de la communauté.

5.4.2 Résultats

Nous avons eu l'occasion de nous rendre dans les trois villages, de prendre contact avec les élus et de constater les réalisations obtenues. La formation des animateurs se poursuit, et d'énormes efforts sont déployés par les agents et les villageois pour montrer leur sentiment d'approbation à cette expérience.

Le premier village visité est situé à 5 km du centre. Il est doté de 3 à 4 puits et 3 latrines dont une en construction. Les cinq animateurs du village veillent sur l'hygiène, la nutrition des enfants et les soins.

Le deuxième et le troisième villages ne possèdent pas encore le même genre de puits que le premier, mais les puits qui existent sont bien entretenus. Des fosses pour les ordures ainsi que des jours de salubrité générale existent. Tout cela est réalisé grâce aux bons sentiments dont fait preuve villageois et animateurs.

Les accoucheuses traditionnelles n'ont pas été un sujet débattu, car les femmes enceintes des villages ont toutes pris l'habitude de venir habiter à la maternité de Baguineda dès le dernier mois de la grossesse. Toutes celles qui sont dans un rayon de 15 à 25 km environ utilisent les services de la maternité. Le problème demeure pour celles qui habitent à des distances plus éloignées.

5.5 Expérience de Sanankoroba

5.5.1 Description

L'arrondissement de Sanankoroba est situé à 30 km de Bamako sur le grand axe routier de Sikasso, avec une population de 32 028 habitants répartis entre 58 villages. L'idée de faire du village de Sanankoroba (2408 habitants) un centre pilote est vieille, puisqu'elle remonte à 1967. Actuellement, ce

centre, appelé "Centre de Développement communautaire de Sanankoroba", est placé sous les auspices de la Direction nationale des Affaires sociales qui mène des activités de développement communautaire.

Les objectifs de ce centre sont :

- la mise en place de structures dites de base au niveau des villages, destinées à mener des actions sociales, pour le bien-être de l'ensemble de la communauté;
- la sensibilisation de l'ensemble des populations concernées, qui est la première oeuvre à accomplir; la seconde étant la constitution au niveau du chef-lieu d'arrondissement d'un comité d'action qui aura pour tâches de réfléchir sur l'ensemble des problèmes locaux qui peuvent surgir; les activités doivent couvrir l'ensemble des 58 villages de l'arrondissement.

Les activités sont menées par des villageois choisis par la communauté. Le travail doit se faire en équipe, constituée de huit personnes réparties comme suit :

- deux animatrices d'assainissement;
- deux accoucheuses traditionnelles;
- deux puéricultrices;
- deux secouristes.

Au total, 464 personnes ont été formées au cours d'un stage théorique et pratique qui s'est déroulé au Centre de Sanankoroba. Les équipes d'animation sont soutenues dans leur travail par un comité d'action de village constitué de six personnes par village.

Les agents, au nombre de huit, sont choisis par les populations et exercent gratuitement. Les deux animatrices d'assainissement sont chargées du maintien de la propreté dans les cases et aux alentours du village, de la propreté des puits et de l'éducation pour la santé en vue d'une hygiène générale. Les deux accoucheuses traditionnelles ont reçu auparavant une formation

qui leur permet de rompre avec leurs techniques vétustes. Elles possèdent un cahier pour l'enregistrement des naissances. Les deux puéricultrices s'occupent des problèmes d'alimentation, de démonstrations diététiques pour les familles et les mères des enfants, de la nivaquinisation une fois par semaine de tous les enfants des villages respectifs, des soins alimentaires simples aux bébés. Elles possèdent également un cahier pour la nivaquinisation. Ne pouvant comptabiliser la quantité de nivaquine donnée et le nombre d'enfants nivaquinisés, elles opèrent d'une façon simple grâce à un tas de cailloux. C'est-à-dire, avant de commencer à nivaquiniser, elles se procurent un gros tas de cailloux, et pour chaque comprimé de nivaquine donné, elles prélèvent un caillou sur le tas. A la fin de la séance, elles comptent le nombre de cailloux prélevés qui est égal au nombre d'enfants nivaquinisés. Ce chiffre est transcrit régulièrement sur le cahier. Une pharmacie villageoise à dotation gratuite au début est mise à leur disposition. Cependant, la nivaquine reste à la charge des populations. Les deux secouristes sont chargés uniquement des cas urgents au niveau du village, tant dans le domaine sanitaire que social ou autre.

L'équipe du Centre de Sanankoroba est constituée de deux assistantes sociales relevant de la Direction nationale des Affaires sociales. La supervision est effectuée une fois par semaine et selon un calendrier pour les villages, par une personne compétente venant de Bamako, avec la collaboration des assistantes sociales. Le recyclage est un problème important en matière de soins de santé de base. A Sanankoroba, la formation a pris fin depuis 1973. Seuls le recyclage et les tournées demeurent le centre de leurs activités.

5.5.2 Résultats

Actuellement, 312 animatrices bénévoles travaillent sur l'ensemble de l'arrondissement ainsi que 120 jeunes gens de 25 à 35 ans formés en secourisme.

En dehors des autres activités, la construction d'une maternité de 12 lits est à noter. Son coût s'élève à 4 650 000 FM pour lesquels la population a contribué pour 1 500 000 FM, le Gouvernement 800 000 FM et l'UNICEF 300 000 FM.

5.6 Expérience de Ségou

5.6.1 Description

Depuis un certain nombre d'années, dans la région de Ségou, les organismes opérationnels de production à caractère agricole ont pensé qu'il serait possible d'augmenter les revenus en maintenant en bonne santé leurs partenaires du monde rural par un développement communautaire multidisciplinaire et intégré; ceci implique plusieurs avantages :

- plus le paysan est vigoureux, plus il produit;
- en aidant le paysan à comprendre ses problèmes de santé, en dehors des rapports traditionnels de producteurs-clients, la confiance qui s'avérait nécessaire en sort renforcée;
- enfin, apporter l'idée de développement intégré, général ou communautaire pour ceux qui en ont le plus besoin, avec l'aide de la Direction nationale des Affaires sociales.

Ce sont ces raisons qui ont conduit l'opération riz de Ségou à financer dans ses zones d'activités des centres de développement communautaire. Actuellement, cinq centres fonctionnent à plein temps à San, Sansanding, Dioro, Tamani et Kouniana. Pour l'ensemble des centres, les objectifs, les activités et les réalisations sont identiques.

En juillet 1975, le personnel des cinq centres de la région de Ségou se répartit comme suit : trois assistants sociaux, huit aides sociales et 10 agents de développement communautaire.

Les activités ont été multiples au cours de la campagne 1974-1975. Sur la base du bénévolat, 313 animatrices ont été formées en 1975. La nivaquinisation systématique des enfants de 0 à 6 ans a réduit l'incidence des accès pernicioseux dans les villages encadrés. Au total, 8385 enfants ont été nivaquinisés durant l'année 1975 selon le rapport d'activité du service de développement communautaire - opération riz de Ségou. La salubrité de l'habitat, la construction de portes et fenêtres grillagées et l'utilisation de moustiquaires sont les aspects de la prévention prônés par les animatrices. Les populations cotisent régulièrement pour l'achat de la nivaquine.

La pharmacie de village fait face aux nombreuses petites maladies chez les enfants : fièvre, diarrhée, affections oculaires, plaies, etc. L'UNICEF fournit une dotation gratuite pour l'approvisionnement des pharmacies. Néanmoins, beaucoup de villages cotisent pour avoir une pharmacie à jour.

Dans le cadre des démonstrations de régime d'enfants, une fois par semaine, les nutritionnistes préparent des régimes pour enfants dans les quartiers ou aux centres pour les femmes. Le manque de légumes à certaines périodes de l'année représente un handicap. C'est pourquoi les femmes ont décidé d'intensifier la pratique du jardinage. Le jardinage est pratiqué dans la plupart des villages encadrés où sont cultivés tomates, choux, carottes, navets, gombo, salades, poivrons. Il a permis aux femmes d'apprendre elles-mêmes et également de consacrer quelques légumes aux séances de démonstration.

Les causeries données par les animatrices dans les villages ou quelques fois au sein des familles lors des visites à domicile portent essentiellement sur :

- l'éducation pour la santé;
- l'assainissement et l'hygiène du milieu;
- les méthodes agricoles;
- l'éducation civique.

L'aviculture a reçu une attention particulière. Actuellement, deux poulaillers modèles sont expérimentés à Bougoura et Kouniana, avec un effectif de 50 poulets chacun. Ces expériences seront répandues à toute la zone encadrée, afin que la consommation d'oeufs et de viandes de poulets rentre dans les habitudes alimentaires.

D'autres activités non moins importantes ont été entreprises comme la teinture des tissus, la couture, la broderie pour l'initiation de la femme aux travaux manuels, etc., afin d'augmenter son revenu.

5.6.2 Résultats

En 1975, 49 accoucheuses traditionnelles ont été formées contre 26 en 1974. Grâce à elles, le tétanos ombilical est devenu rare.

Le développement communautaire dans la région de Ségou, par l'éventail de ses activités, nous laisse penser qu'il touche le paysan dans sa vie de tous les jours. Aussi bien la santé, l'artisanat, l'agriculture et l'élevage en milieu rural sont tour à tour touchés par les programmes des animatrices qui sont en grand nombre. La vie sociale tend à changer avec une nette diminution des maladies, un nouveau souffle de la vie économique (teinture, jardinage, aviculture) et partant, la vie culturelle en ressent les implications, par exemple, on peut citer la disparition des mythes expliquant l'accès pernicieux par un oiseau malfaiteur. Tout le monde s'accorde à croire que la maladie est en relation avec l'alimentation, l'eau, l'hygiène et non avec des croyances.

5.7 Expérience de Mopti

5.7.1 Description

La coopérative des pêcheurs de la région de Mopti existe depuis une dizaine d'années. Elle est l'un des organismes coopératifs de la région le plus puissant par ses activités et ses revenus, d'autre part par la mobilisation de près de 50 à 60 % des populations rurales de la région. Mais, depuis 2 à 3 ans, la coopérative collabore avec la Fondation allemande Friedrich-Ebert. En fait, le travail sur le terrain a démarré seulement le 1er mars 1975. Une visite de sensibilisation et de prise de contact avec les villages Bozo, afin d'expliquer le nouvel objectif de la coopérative, a été le premier pas.

Les objectifs de la coopérative des pêcheurs ont été revus en collaboration avec le conseiller social allemand, et ses nouvelles orientations portent sur :

- formation et animation des pêcheurs de tous les villages encadrés afin de les motiver, les informer et les sensibiliser à l'action coopérative;
- institution d'un service socio-médical représenté par une équipe qui se déplace chaque 14 jours dans les villages avec des programmes curatifs et préventifs, créant ainsi le contact permanent avec la population;

- éducation de la femme Bozo autour des thèmes prioritaires comme l'alimentation, la démonstration de cuisine, le jardinage de légumes; l'eau potable : le filtre à eau; la teinture et la couture; ainsi que d'autres thèmes avérés utiles au cours des contacts.

L'équipe mobile est composée par :

- un infirmier d'Etat, chef d'équipe;
- un aide soignant;
- un chauffeur-piroguier;
- un animateur .

Chaque équipe dispose d'un véhicule multifonctionnel pour les consultations médicales, équipé d'un réfrigérateur pour les vaccins et d'un haut-parleur pour l'éducation pour la santé des adultes; ce véhicule peut servir aussi d'ambulance. L'équipe dispose également d'une trousse médicale pour les consultations, d'un flanellographe et d'un matériel pour les démonstrations culinaires.

Tous les villages sont visités régulièrement tous les 14 jours. La nivaquinisation, débutée le 10 novembre 1975, a porté d'abord sur les employés de la coopérative pour s'étendre ensuite dans les villages. La consultation des enfants dans les villages a révélé un nombre important d'enfants malnutris relevant surtout d'une mauvaise utilisation des aliments locaux. C'est pourquoi, à chaque passage dans un village, une consultation générale de tous les enfants a lieu, en même temps que des conseils pratiques sont prodigués aux parents. Au cours du mois de février 1976, 475 enfants ont été vaccinés au tétracoq.

Les causeries d'éducation pour la santé ont touché actuellement trois villages (Daka Womina, Kamakassébé et Kotaka), à raison de deux réunions par village et touchant près de 250 habitants. Elles portent sur les thèmes suivants :

- que faire en cas de maladie ?
- alimentation des enfants;

- hygiène générale;
- avantage de la vaccination.

En conclusion, il s'agit d'une expérience récente, utilisant des moyens certainement un peu sophistiqués, avec une équipe médicale qui doit surtout s'attacher à créer l'indépendance des villages en matière de soins et d'éducation pour la santé, et se limiter strictement à la formation, la supervision et le recyclage des éléments dynamiques de la communauté.

5.8 Analyse de ces expériences

L'analyse de ces expériences révèle des aspects positifs et des aspects négatifs.

5.8.1 Aspects positifs

L'un des mérites de toutes ces expériences est d'avoir atteint le village ou un groupe de villages, comme centre de réflexion, de recensement des différents besoins et d'établissement d'une carte stratégique pour résoudre les problèmes locaux. Notre expérience personnelle a toujours vu les différents plans d'action émanés, soit au niveau central avec une vue trop large pour être près de la réalité, soit du niveau régional avec l'ambition de placer tous les problèmes sous l'angle géographique pour faciliter les solutions. Pour nous, toute solution doit partir de la base; c'est-à-dire du plus petit élément géographique qui est le village. Car c'est là que les besoins sont grands et que les solutions doivent être multiples. Au fur et à mesure que l'on va de la périphérie à l'intermédiaire jusqu'à l'échelon central, on se rend compte qu'il existe aussi des problèmes certes, mais on reste optimiste, puisqu'il existe des vieilles structures qui permettent d'offrir des solutions. Alors qu'au niveau périphérique c'est le vide; il n'y a que des populations, des besoins et quelques gens isolés dans l'individualité de leurs attributions.

La base de toutes ces expériences est représentée soit par les soins de santé primaires, soit par le développement communautaire, soit par les deux à la fois. A travers certaines expériences, le premier souci des réalisateurs était de former un personnel nouveau, adéquat et villageois. Ce personnel appartient désormais aux villages. Par contre, d'autres ont posé le problème

essentiellement sous son aspect communautaire, en créant une sorte d'idéologie selon laquelle tout le monde doit se mobiliser à travers certaines activités pratiques à réaliser en commun. Le développement communautaire de Ségou illustre cette conception par le jardinage, l'aviculture, la teinture et la broderie. Quant à la coopérative des pêcheurs de Mopti qui a l'avantage d'avoir sa communauté toute faite, centrée sur un objectif commun la pêche, ne fera que se compléter en organisant des structures de soins de santé primaires au sein des collectivités de pêche de la région de Mopti.

Ces expériences ont intéressé les gens en s'adressant directement à la recherche de solutions pour leurs besoins immédiats. Les collectivités auxquelles ces expériences s'adressent connaissent leurs besoins puisqu'elles les avaient identifiés depuis longtemps. Elles n'attendaient que l'occasion pour les manifester ouvertement. Puisque ces expériences ont eu le courage d'abord de décrire les problèmes de santé, de nutrition, de maternité, d'éducation ou d'économie, etc., et ensuite d'essayer de trouver les solutions les plus appropriées et les plus simples, les populations en sont sorties satisfaites. A leur tour, les populations ont répondu par :

- l'encouragement qui s'adresse à toutes les bonnes volontés qui ont accepté de vivre comme elles, pour comprendre leurs problèmes;
- la participation active des collectivités, ceci reste le point essentiel et ne doit pas en aucun cas faire défaut pour la réussite des objectifs; les populations l'ont bien compris et oeuvrent actuellement pour la construction de dispensaires ruraux, la construction de maternités rurales, la construction d'écoles et la formation de son personnel communautaire qui aura le devoir de s'occuper d'elles; dans le cadre de l'expérience matrones, les autorités ont compris qu'il faut une innovation globale s'intéressant à tous les secteurs de la vie du paysan; c'est pourquoi, une association des parents d'élèves qui est dynamique est salutaire.

5.8.2 Aspects négatifs

Ces centres pilotes restent trop longtemps au stade de l'expérimentation. Une expérience pour être valable doit s'étendre sur plusieurs années, mais tel ne doit pas être le cas en ce qui nous concerne car elle doit très vite quitter le stade sectoriel pour s'appliquer à l'ensemble des collectivités rurales qui attendent. Quand on considère les anciennes expériences comme celles de Baguineda et Sanankoroba, qui ont démarré depuis plusieurs années maintenant, mais qui nécessitent encore de grands frais d'entretien, on peut et on doit se poser la question de savoir quand est-ce qu'on sortira du stade de l'expérimentation en matière de santé publique au Mali ? D'où, l'attitude réservée et moins enthousiaste de la plupart de chercheurs à présent lorsqu'il s'agit de créer des centres pilotes de santé publique, dont les résultats pour s'appliquer à l'ensemble de la collectivité tardent trop soit par échec d'ordre matériel (manque de moyens d'entretien, ou financement étranger), soit par le désengagement total des populations concernées qui se sont lassées à la longue.

L'expérience matrone risque de s'orienter vers un fonctionariat salarié. Cette tendance prévisible, à court ou long terme, a de fortes chances d'être une réalité. En effet, beaucoup de matrones actuellement désertent leurs postes en raison d'une rémunération insuffisante. Ce qui pourra créer un cercle vicieux, puisque les jeunes filles formées ont déjà les mêmes prétentions matérielles, et celles qui doivent être formées refuseront pour les mêmes raisons. Il est donc nécessaire de repenser continuellement le système.

La présence d'une matrone dans une localité est limitée dans le temps. Ceci tient à plusieurs raisons qui sont inhérentes au choix et à l'utilisation sur le terrain des matrones. Si nous prenons l'exemple de la région de Bamako, où la matrone est recrutée et non choisie et envoyée par la collectivité qu'elle doit servir; cette dernière se trouve originaire du nord de la région; après sa formation, elle se trouve affectée au sud ou à l'est de la région. Cette transplantation qui se rapproche de celle du fonctionnaire de l'Etat met la jeune fille dans des conditions psychologiques difficiles à supporter.

D'autre part, son état de jeune fille majeure, isolée dans un village l'oblige en général à se marier avec l'un des fonctionnaires de la localité (instituteur moniteur d'élevage ou d'agriculture, infirmier, etc.) qui, eux, sont susceptibles d'être déplacés à tout moment. D'où une matrone perdue (car d'après la réglementation, la matrone n'a ni droit au déplacement, ni à un congé, ni à un changement officiel de poste) qui ne sera pas reprise; et ainsi, la maternité restera vide pour longtemps.

6. ESSAI DE SOLUTION : GENERALISATION DES SOINS
 DE SANTE PRIMAIRES A L'ENSEMBLE DU PAYS

6.1 Acceptabilité

Les soins de santé primaires (SSP) sont-ils une réponse aux besoins ?

Cette question, dont la solution conditionne la survie des schémas de soins de santé primaires au Mali, est nécessaire. Il faut de temps à autre se demander si les besoins ressentis par la collectivité concernée trouvent bien leurs solutions dans les soins de base et remettre en cause les activités déficientes. D'où l'effort quotidien d'évaluation qui s'impose. Cette dernière aussi doit être adaptée. En effet, une action sanitaire est en général évaluée par rapport à la baisse ou à la hausse des taux de mortalité ou de morbidité, ou bien grâce à un sondage effectué sur une population exprimant sa position positive ou négative vis-à-vis de l'action menée, ou enfin à partir d'impressions purement subjectives et personnelles de l'évaluateur.

Au Mali, le meilleur critère d'évaluation se doit d'être économique et social. Quand on arrive dans un village ou même dans une ville du pays, les habitants se plaignent en général de la pauvreté et de l'insuffisance des moyens. Cette insuffisance continuelle, implique "l'exode endémique" des jeunes, des bras valides des zones rurales à la ville, ou d'un pays à l'autre. Comme critère d'évaluation, on pourrait choisir un critère social tel que l'arrêt de l'exode des jeunes du village à la ville. Pour cela, avant la mise en oeuvre des prestations, il est proposé de procéder à un recensement de tous les jeunes absents par famille, en essayant d'indiquer les raisons ayant motivé le départ. Avec un certain recul, si l'évaluation montre qu'on a attiré dans le village tous les jeunes en exode ou au moins maintenu ceux qui avaient envie de partir, c'est que les prestations offertes sont bonnes et ont certainement apporté le stimulus qui manquait.

De la même manière, on peut s'intéresser à l'aspect économique de l'action en considérant les paramètres économiques dans chaque village encadré (productivité, variété de la production, nombre de charrues). Au bout d'un certain temps, si la production a augmenté et s'est diversifiée, cela prouve que les prestations ont répondu à un besoin important.

6.2 Préalable politique

L'extension du concept de soins de santé primaires à toutes les régions ne peut se faire que s'il y a un engagement politique des instances supérieures, car le concept de soins de santé primaires doit cesser d'appartenir au corps médical, pour répondre aux problèmes de la communauté. Donc seule une solution prise au nom de la collectivité est adéquate. Par conséquent, les soins de santé primaires, pour leur mise en oeuvre et extension, nécessitent :

- un engagement politique;
- la participation de la collectivité;
- des activités multisectorielles.

6.3 Préparation du personnel

Une fois les grandes options prises par les autorités compétentes en matière de soins de santé primaires, la réalisation pratique doit débiter à l'école et dans les institutions de formation professionnelle. La nouvelle compétence à donner aux médecins, infirmiers et auxiliaires médicaux appelés à organiser des soins de base nécessite :

- définition des tâches de chacun des membres de l'équipe de santé en matière des soins de santé primaires;
- inclusion dans les programmes de santé publique d'un enseignement théorique et pratique de soins de santé primaires dans les écoles d'enseignement des sciences de la santé;
- recyclage du personnel médical et des professions apparentées déjà en poste pour actualiser leurs connaissances sur la nouvelle approche.

Il n'est pas rare de constater l'attitude réservée de beaucoup de médecins, infirmiers, sages-femmes et même étudiants en médecine, sur la valeur des prestations offertes par certains agents de soins de santé primaires (guérisseur, accoucheuse traditionnelle ou agent de santé communautaire) parce qu'ils voient en eux, non pas des collaborateurs valables et reconnus, mais des concurrents qui risquent d'amoindrir leur prestige. Un proverbe bien

connu : "celui qui veut tuer son chien l'accuse de rage" s'applique bien à cette attitude.

6.4 Promotion du développement communautaire

Toutes ces considérations sont théoriquement valables, mais leur réalisation demande deux conditions préalables dans les attitudes de participants/bénéficiaires de ce type de développement :

- i) une motivation surtout des populations concernées pour la cohésion des actions;
- ii) l'effacement des intérêts individuels devant l'intérêt collectif.

La formule des programmes de développement communautaire multidisciplinaire et intégré est souvent l'idéal lorsqu'il s'agit d'élever le niveau de vie d'une collectivité; il est évident que les facteurs médicaux ne sont rien sans l'intervention des autres facteurs constitutifs de la vie de la communauté. Or, ces derniers facteurs, qui sont majoritaires, ne peuvent intervenir que dans la mesure où il existe un effort de développement collectif. Santé communautaire et développement communautaire s'intègrent et représentent une seule et même idée pour la communauté.

La collectivité rurale doit faire face encore à de nombreux problèmes qui ne peuvent pas être résolus ni par un homme, ni même par l'Etat pris dans son sens unitaire. L'ensemble des hommes qui vivent les mêmes problèmes doivent trouver des solutions pour aider à les résoudre, et non le fait de personne ou d'intervention étrangères. Un tel programme ne demande ni capitaux importants, ni techniques sophistiquées, mais seulement des hommes persévérants, intègres, prêts à des sacrifices et ayant le sens de leurs responsabilités envers eux-mêmes, leur famille et la collectivité à laquelle ils appartiennent.

6.5 Proposition d'une approche du problème : l'expérience de SSP à Massantola

6.5.1 L'arrondissement de Massantola

Massantola est un arrondissement du cercle de Kolokani (2ème région) couvrant une superficie de 1350 km². Il est distant de son chef-lieu de cercle de 32 km. On y rencontre deux types de végétation : la savane sèche

(avec karité, néré, baobab) et le sahel (avec ses épineux). En dehors de quelques marigots d'hivernage, ni fleuve, ni affluent ne le traverse. Les routes sont difficiles et impraticables en hivernage. L'arrondissement est peuplé de près de 18 000 habitants, composés à 90 % de Bambaras; le reste est constitué de Peulhs et de quelques familles de Maures. La densité de la population est de 11 habitants au km². La grande majorité des habitants est animiste. Massantola est une région du Bélé Dougou, connue pour sa résistance à l'influence étrangère.

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

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

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

6.5.2 Caractéristiques générales de l'expérience

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

- i) une région ni trop riche, ni trop pauvre, pour éviter une zone extrême;
- ii) une situation en dehors des axes routiers principaux (chemin de fer, routes goudronnées, voie fluviale) pour échapper à l'influence des centres urbains, en particulier à l'influence de Bamako; l'influence urbaine est en effet jugée défavorable en ce qui concerne la réalité des problèmes en matière d'éducation et de recherche en milieu rural; néanmoins, elle ne doit pas être trop éloignée du site de l'enseignement médical, pour permettre aux étudiants d'y accéder facilement avec les moyens disponibles (véhicules tout terrain);
- iii) la pathologie rencontrée et les facteurs d'environnement doivent être typiques d'une zone rurale;
- iv) la densité de la population doit être moyenne et non extrême pour faciliter un travail de recherche qui soit suffisamment représentatif pour une zone moyenne au Mali.

Ces conditions étant posées, l'élimination des autres régions étant nécessaire pour des raisons logistiques, il fallait centrer le problème sur la région de Bamako en évitant les grands axes, ainsi que les cercles trop éloignés ou trop proche (cercle de Bamako). C'est de cette façon que le choix

s'est porté sur le cercle de Kolokani situé à 140 km de Bamako, soit à trois ou quatre heures de route en véhicule tout terrain. Le cercle de Kolokani compte quatre arrondissements : l'arrondissement central, Massantola, Didiéni et Nossombougou. Le centre prévoit d'étendre le programme aux quatre arrondissements du cercle à un an d'intervalle. Les travaux ont débuté à Massantola depuis décembre 1975.

6.5.3 Objectifs

Les objectifs à atteindre sont doubles : enseignement et recherche.

Les objectifs éducationnels, tels que définis, sont les suivants : à la fin de sa formation sur le terrain dans le domaine de la médecine rurale, l'étudiant en médecine doit être capable de :

i) évaluer la situation sanitaire d'une population par :

- des enquêtes épidémiologiques et des données statistiques;
- le recensement des moyens dont dispose la population pour protéger sa santé;
- le bilan socio-économique d'une population pour une action de santé publique;
- le bilan des coutumes et croyances locales ayant un impact sur le développement en général;

ii) définir les méthode appropriées de solution des problèmes prioritaires (budget, personnel, matériel, participation, etc.);

iii) élaborer en équipe le plan de promotion sanitaire au sein du développement global :

- ce que la santé attend de tous les organismes oeuvrant pour la même collectivité (routes, cultures, éducation, mutuelles);
- ce que le développement économique peut tirer d'une action sanitaire (lutte contre le paludisme, par exemple);

iv) maîtriser des techniques comme l'éducation pour la santé, l'assainissement du milieu, la lutte contre les maladies transmissibles, la santé de la famille, etc.;

- v) évaluer la compétence des membres de l'équipe afin de les adapter aux besoins et aux tâches;
- vi) pouvoir rédiger un rapport clair sur la situation de son cercle et destiné au médecin coordonnateur régional.

Quant à la recherche qui doit s'effectuer par les étudiants en médecine ou les médecins maliens, elle intéresse plusieurs domaines tels que :

- i) l'épidémiologie
 - étude d'une population pour la mesure des différents indices ayant un impact sur la santé;
 - étude de l'épidémiologie locale, par exemple par des enquêtes;
- ii) la médecine préventive pour la prévention et la promotion de la santé : expérimentation de techniques (vaccinations, chimio-prophylaxies, diagnostics précoces, traitements de masse, évacuations sanitaires, etc.);
- iii) l'économie de la santé
 - coût d'une action sanitaire;
 - avantages et inconvénients de certaines techniques en santé publique.

6.5.4 Activités

Les premiers jalons de ce centre ont été jetés par le Dr H. Balique, Professeur de Santé publique à l'Ecole nationale de Médecine.

Le Centre a ouvert ses portes en décembre 1975. Comme d'habitude, le premier travail à faire a été l'étude du milieu. Tous les 38 villages ont été visités pour évaluer grossièrement la situation tant sanitaire qu'économique

Du mois de mars au mois de juin 1976, les premiers étudiants en médecine préparant des sujets de thèse en santé publique sont venus travailler sur le terrain. Ces thèses, bien qu'individualisées par les préparateurs, forment ensemble un tout et sont complémentaires les unes des autres, ce qui a conduit à la nécessité d'un travail en groupe pour appréhender les problèmes. Les sujets choisis sont :

- développement communautaire;
- soins de santé primaires;
- accoucheuses traditionnelles;
- médecine traditionnelle;
- lutte contre la malnutrition.

Ces thèses, dont les sujets sont d'actualité, nous ont donné le goût du travail en équipe. Au programme de nos activités, il était prévu que nous devions nous-mêmes former dans les villages de l'arrondissement des villageois choisis par les communautés, afin de travailler en équipe pour résoudre les problèmes sanitaires des villages. Cette équipe se composera d'agents sanitaires des villages, d'animatrices de village et d'accoucheuses traditionnelles.

Nous nous sommes surtout attachés à former des agents sanitaires de village venus de huit villages périphériques du secteur de base de Massantola, mais également à préparer les futurs programmes et à définir les tâches et les compétences des autres membres de l'équipe, à savoir l'animatrice de nutrition et l'accoucheuse traditionnelle.

6.5.4.1 Formation des agents sanitaires de village de Massantola

Du 18 au 28 mai 1976, s'est déroulé le stage de formation pour 10 agents sanitaires de village (venus de villages de Siratoma, Dotiambougou, Sanankoroni, Konioumani, Zambougou, Farabougou, Dossorola et Nérékoroko), avec l'aide de l'éducation pour la santé (films, flanellographe). Le stage s'est déroulé à la maternité de l'arrondissement. Les participants étaient logés et nourris à la cantine scolaire. Le coût du stage est de 100 FM par jour et par stagiaire.

Mais en fait :

- qui sont les agents sanitaires ?
- comment sont-ils choisis ?
- quelles sont leurs tâches ?
- quelles sont leurs compétences ?
- quels sont leurs rapports avec la population du village, les autorités administratives et sanitaires ?

Voici autant de questions qui se dégagent et qui méritent une réponse.

Notre souci est d'assurer la présence permanente au niveau de chaque village d'une infrastructure sanitaire chargée de fournir des "soins de santé primaires", c'est-à-dire le traitement des affections simples telles que conjonctivites, accès fébriles simples, diarrhées, toux, plaies, etc., les premiers soins à donner aux blessés, l'évacuation sanitaires des urgences sur un dispensaire, l'assainissement et l'hygiène du milieu, l'éducation pour la santé et enfin le recueil d'informations statistiques simples.

Qui est l'agent sanitaire de village ?

C'est un paysan qui continue d'effectuer ses activités de paysan, c'est-à-dire un paysan dont les nouvelles fonctions et la dénomination ne créent pour lui aucun privilège et qui continuera à cultiver sa terre.

Son choix

Il est choisi par l'ensemble de la communauté par la voie de son conseil de village, en raison de ses qualités et de la confiance qu'il inspire à la communauté.

Ses qualités

Il doit être laborieux, consciencieux, honnête et aimer son prochain pour se mettre au service de ses parents, de ses frères et soeurs. Il sait lire et écrire, puisqu'il est pris parmi la masse des anciens écoliers qui ont choisi le retour à la terre.

Sa formation et sa supervision

En principe, il est du devoir de l'infirmier du dispensaire de le former et d'assurer sa supervision par des visites régulières. Mais dans ce cas, nous avons pris nous-mêmes sa formation en main dans le but également de nous former nous-mêmes. D'autre part, le conseil du village a la responsabilité de veiller sur les activités de l'agent sanitaire, lui reprocher ses erreurs, le révoquer en cas d'incapacité et contrôler régulièrement les fonds de la pharmacie de village. L'agent sanitaire, à son tour, rend compte de ses activités et difficultés au conseil du village. Son statut s'appuyant sur la confiance que lui accorde le village, tout conflit entre lui et les

autorités administratives doit être réglé par le conseil du village.

Sa rémunération

L'agent sanitaire travaille sous l'autorité directe du conseil du village. Seul celui-ci est habilité à le dédommager en échange de sa peine, conformément aux usages à l'intérieur de la communauté villageoise. Par exemple : les villageois décideront de cultiver son champ ou son jardin, ou le dispenser des travaux communautaires.

Ses tâches

Les tâches de l'agent sanitaire sont :

- traitement des affections simples telles que diarrhées, toux, fièvre, céphalées, conjonctivites, plaies, premiers soins aux blessés;
- conseils aux malades plus graves pour aller se faire traiter dans un dispensaire, et éventuellement exécution de certaines prescriptions données par l'infirmier;
- évacuations sanitaires des urgences médicales, chirurgicales et obstétricales;
- éducation pour la santé et nutritionnelle de la population : (hygiène du village, de la concession, de l'individu);

Il assure en outre avec le conseil du village dont il est le conseiller technique en matière de santé un bon assainissement du milieu (protection des puits, dépôts d'ordure, etc.). Il aide les services de santé dans leurs tâches lorsqu'ils se rendent dans le village (visites des grandes endémies, vaccinations et tient à jour des données statistiques sanitaires simples.

Recyclage

Nous avons estimé que le maintien de la compétence de l'agent sanitaire au niveau du centre nécessite un recyclage d'une durée de huit jours, tous les six mois. Ce recyclage doit être fait par l'infirmier du dispensaire.

Sa pharmacie de village

A la fin de la formation, chaque agent sanitaire a reçu une dotation en médicament proportionnelle à la population de son village.

La dotation totale a coûté 155 000 FM et comprenait :

- Nivaquine 10 000 comprimés;
- Aspirine 7500 comprimés;
- Direxiode 6000 comprimés (ganidan manquant);
- Belladènal 2000 comprimés;
- Collyres 50 flacons;
- Bandes 200.

Le renouvellement du stock est désormais à la charge des villageois.

Ses compétences

A la fin de sa formation, l'agent sanitaire doit être capable avec l'aide d'un certain nombre de fiches techniques de :

i) diagnostiquer et traiter les malades présentant :

- une diarrhée (fiche technique A-1);
- une fièvre isolée (fiche technique A-2);
- des maux de tête (fiche technique A-3);
- des douleurs diffuses ou des douleurs articulaires (fiche technique A-4);
- une conjonctivite (fiche technique A-5);
- une toux isolée (fiche technique A-6);
- une plaie cutanée (fiche technique A-7).

ii) énumérer les dangers :

- de l'eau (fiche technique B-1-a);
- des moustiques (fiche technique B-2-a);
- de la défécation dans la nature (fiche technique B-3-a);
- des mouches (fiche technique B-4-a);
- des marigots (fiche technique B-5-a);
- des animaux (fiche technique B-6-a);
- des ordures ménagères (fiche technique B-7-a)
- des mains sales et du manque de propreté (fiche technique B-8-a);

- iii) expliquer clairement comment :
- construire un puits protégé (fiche technique B-1-b);
 - construire et utiliser un filtre canaris (fiche techn.B-2-c);
 - lutter contre les moustiques (fiche technique B-3-b);
 - construire de bons cabinets (fiche technique B-4-b);
 - lutter contre les mouches (fiche technique B-5-b);
 - protéger un marigot (fiche technique B-6-b);
 - parquer les animaux hors du village (fiche technique B-7-b);
 - éliminer les ordures ménagères (fiche technique B-8-b);
 - se laver correctement les mains et comment être propre (fiche technique);
 - tenir sa case, sa concession et son village propres (fiche technique);
- iv) énumérer les trois catégories d'aliments, d'expliquer les qualités de chacune et de citer une liste de produits locaux appartenant à chacune d'entre elles conformément aux données de la fiche technique C-1;
- v) donner les menus de repas équilibrés, conformément à la fiche technique C-2;
- vi) expliquer l'importance d'une bonne alimentation chez une femme enceinte ou qui allaite, et dire comment doit être composée cette alimentation, conformément aux fiches techniques C-3 et C-4;
- vii) exposer les règles diététiques à respecter chez un nourrisson et chez l'enfant conformément à la fiche technique C-5;
- viii) exposer les règles diététiques à respecter chez un enfant malade selon les recommandations de la fiche technique C-6;
- ix) décrire les différents types de malnutrition que l'on peut rencontrer dans un village, expliquer dans quelles circonstances ils apparaissent et dire comment les prévenir selon la fiche technique C-7;
- x) citer les mauvaises coutumes alimentaires qui figurent sur la fiche technique C-8 et dire ce qu'elles risquent d'entraîner si elles sont suivies;
- xi) expliquer comment on peut trouver dans son village les aliments nécessaires à une bonne alimentation (fiche technique C-9);

- xii) expliquer ce qu'est un vaccin, et dire à quoi il sert
(fiche technique D-1);
- xiii) expliquer quand et qui il faut vacciner (fiche technique D-2);
- xiv) expliquer ce qu'est une épidémie et comment la reconnaître
(fiche technique E-1);
- xv) expliquer la conduite à tenir lorsqu'une épidémie se déclare
dans un village (fiche technique E-2);
- xvi) expliquer ce qu'est une urgence, pourquoi elle est grave et les
mesures à prendre devant une urgence (fiche technique F-1);
- xvii) décrire les manifestations de l'accès pernicieux, dire de quelle
maladie il s'agit et expliquer quelle est la conduite à tenir
devant tout accès pernicieux (fiche technique F-2);
- xviii) dire ce qu'est une hémorragie, expliquer quelles sont ses conséquences
et exposer quelle est la conduite à tenir devant certaines hémorra-
gies selon fiche technique F-3;
- xix) décrire les manifestations cliniques du coma et expliquer la
conduite à tenir devant un malade comateux conformément aux
indications de la fiche technique F-4;
- xx) décrire une fracture ouverte de membre, expliquer les dangers que
font courir les fractures ouvertes et les grosses plaies et
exposer la conduite à tenir selon les indications de la fiche
technique F-5;
- xxi) expliquer les critères qui permettent de dire qu'un accouchement
se passe mal; expliquer quels sont les dangers que court une
femme dont l'accouchement se passe mal et exposer la conduite
à tenir devant une telle éventualité (fiche technique F-6);
- xxii) décrire les manifestations cliniques des urgences abdominales
exposées dans la fiche technique F-7 et dire quelle est la
conduite à tenir devant de telles éventualités;
- xxiii) donner les éléments qui permettent d'identifier une dysentérie,
exposer les causes qui sont à l'origine de son apparition et
indiquer la conduite à tenir devant un tel syndrome (fiche
technique G-1)

- xxiv) dire comment on peut soupçonner l'existence d'une maladie du poumon et exposer l'attitude à tenir en conséquence (fiche technique G-2);
- xxv) exposer la conduite à tenir devant une fièvre qui se prolonge malgré la prise correcte de Nivaquine (fiche technique G-3);
- xxvi) exposer la conduite à tenir devant une infection chronique (fiche technique G-4);
- xxvii) dire ce qu'est un hôpital, où se trouvent les hôpitaux les plus proches, quels sont leurs rôles, comment y sont reçus les malades d'après les renseignements qui figurent sur la fiche technique G-5;
- xxviii) énumérer les indications, les contre-indications, la posologie et les modalités de prescription des médicaments suivants :
 - Nivaquine (fiche technique H-1);
 - Aspirine (fiche technique H-2);
 - Ganidan (fiche technique H-3);
 - Pommade ophtalmique (fiche technique H-4);
 - Potion calmante contre la toux (fiche technique H-5);
 - Potion calmante contre les maux de ventre (fiche technique H-6);
- xxix) exposer les dangers que fait courir une plaie; comment prévenir ces complications, dire quelle est l'attitude à tenir devant toute plaie, et expliquer comment on désinfecte une plaie (fiche technique H-7);
- xxx) expliquer comment on gère une pharmacie de village conformément aux recommandations de la fiche technique H-8.

6.5.4.2 Fiches techniques

Fiche technique A - conduite à tenir devant les affections simples

Fiche technique A-1 : la diarrhée : comment la reconnaître;
comment la prévenir; comment la traiter;

A-2 : la fièvre : comment la reconnaître; que faire
devant un malade qui a de la fièvre ?

A-3 : le mal de tête : comment le soulager ?

A-4 : les douleurs diffuses : comment les soulager ?

A-5 : les conjonctivites : comment les reconnaître ?
comment les traiter ?

A-6 : la toux : comment soulager un malade qui
tousse ? Que faire devant une toux persistante ?

A-7 : que faire devant une plaie cutanée ?

Fiche technique B - Hygiène du milieu.

Fiche technique B-1-a : les dangers de l'eau.

b : comment construire un puits protégé ?

c : comment construire et utiliser un filtre
canaris ?

B-2-a : les dangers des moustiques.

b : comment lutter contre les moustiques ?

B-3-a : les dangers de la défécation dans la nature.

b : comment construire les bons cabinets ?

B-4-a : les dangers des mouches.

b : comment lutter contre les mouches ?

B-5-a : les dangers des marigots.

b : comment protéger un marigot ?

B-6-a : les dangers des animaux.

b : comment parquer les animaux hors du village ?

B-7-a : les dangers des ordures ménagères.

b : comment éliminer les ordures ménagères ?

B-8-a : les dangers des mains sales et du manque de
propreté.

b : comment se laver correctement les mains ?
Comment être propre ?

B-9. : la propreté de la case, de la concession
et du village.

Fiche technique C - Nutrition

Fiche technique C-1 : les trois catégories d'aliments.

C-2 : un repas équilibré.

C-3 : l'alimentation de la femme enceinte.

C-4 : l'alimentation de la femme qui allaite.

C-5 : l'alimentation du nourrisson et de l'enfant.

- C-6 : l'alimentation des enfants malades.
- C-7 : la malnutrition.
- C-8 : les mauvaises coutumes alimentaires.
- C-9 : comment trouver dans le village les aliments nécessaires à une bonne alimentation.

Fiche technique D - les vaccinations

- Fiche technique D-1 : qu'est-ce qu'un vaccin ? A quoi sert-il ?
- D-2 : quand et qui faut-il vacciner ?

Fiche technique E - les épidémies

- Fiche technique E-1 : qu'est-ce qu'une épidémie ? Comment la reconnaître
- E-2 : que faire lorsqu'une épidémie se déclare dans un village ?

Fiche technique F - les urgences

- Fiche technique F-1 : pourquoi évacuer d'urgence certains malades ?
Comment effectuer cette évacuation ?
- F-2 : l'accès pernicieux.
- F-3 : les hémorragies.
- F-4 : les comas.
- F-5 : les fractures ouvertes et les grosses plaies.
- F-6 : les accouchements difficiles.
- F-7 : les maladies du ventre.

Fiche technique G - les maladies graves

- Fiche technique G-1 : la dysenterie.
- G-2 : les maladies du poumon.
- G-3 : les fièvres qui durent.
- G-4 : les infections qui traînent.
- G-5 : l'hôpital.

Fiche technique H - la petite pharmacie de village

Fiche technique H-1 : la nivaquine.

H-2 : l'aspirine.

H-3 : le ganidan.

H-4 : la pommade ophtalmique.

H-5 : la potion calmante contre la toux.

H-6 : la potion calmante contre les maux de ventre.

H-7 : le mercurochrome.

H-8 : comment bien tenir sa pharmacie ?

H-9 : les médicaments.

Fiche technique I - secourisme

Fiche technique I-1 : les bandages.

I-2 : l'immobilisation temporaire des fractures.

I-3 : le transport des malades et des blessés.

I-4 : que faire devant un blessé qui saigne ?

I-5 : que faire devant une morsure de serpent ?

I-6 : que faire devant une morsure de chien ?

6.5.5 Bilan de trois mois d'activités : (Juin, juillet, août 1970)

Sur 10 agents sanitaires, l'expérience a pu être continuée par 9 d'entre eux, le dixième s'est révélé incapable intellectuellement de mener à bien les tâches confiées.

Pour cinq villages les renseignements sont complets, pour trois autres les informations sont incomplètes.

- Nombre de consultations : 1 204 dont 74 % de sexe masculin et
24 % de sexe féminin.
- Viennent en consultation : - 60 % hommes adultes;
- 23 % enfants;
- 17 % femmes adultes.
- La consommation médicamenteuse dans ces cinq villages pendant les trois mois a été de 33 664 FM, soit 33 FM par consultation ou 20 FM par habitant pour trois mois.

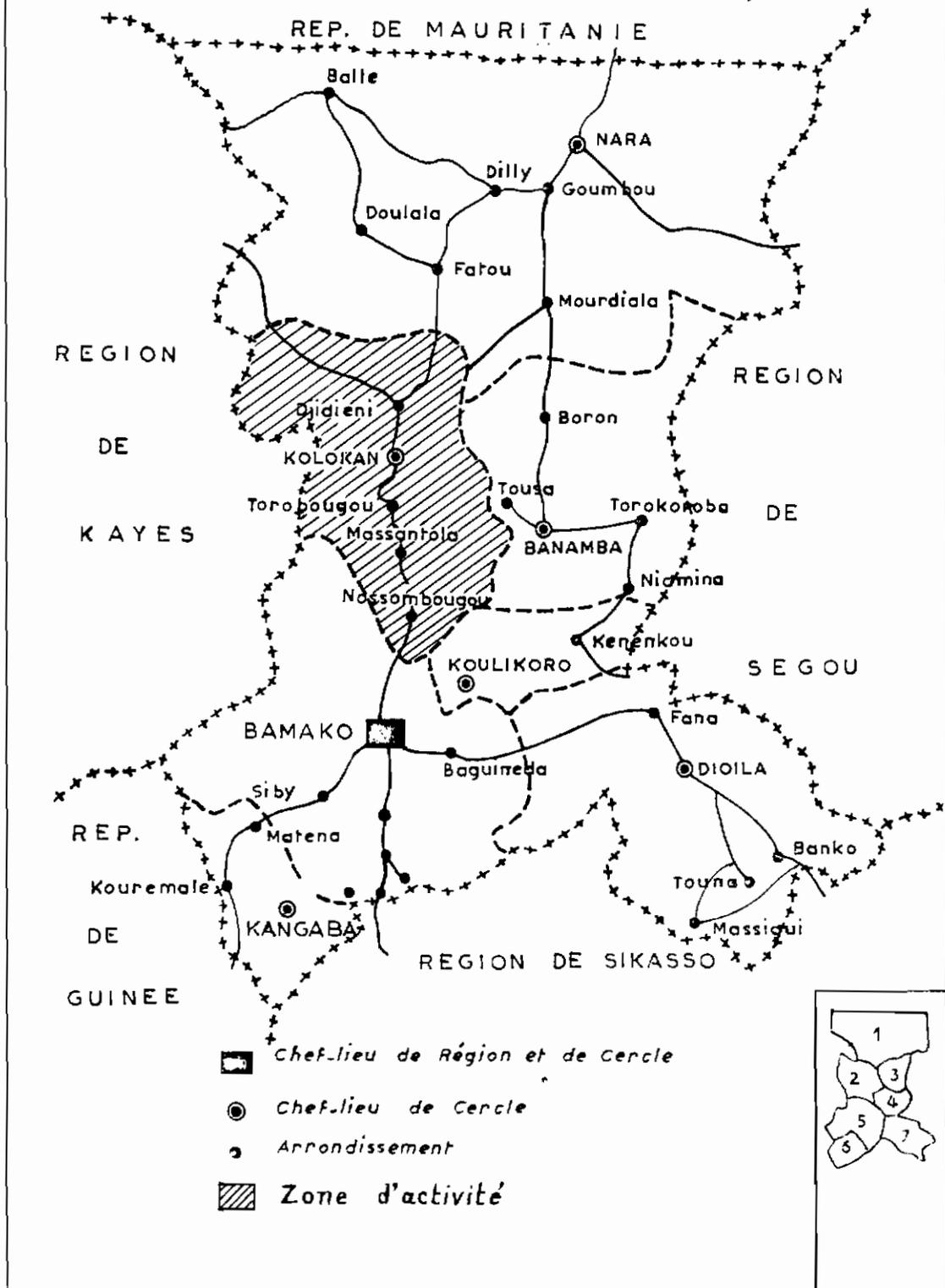
6.5.6 Conclusion

Nous avons remarqué que ce sont surtout les hommes adultes qui ont recours au service de ces agents sanitaires. Ceci est logique en raison des coutumes et démontre l'importance de former un équivalent féminin : les animatrices de santé du village.

Il est possible d'envisager un tarif unique de consultation, soit 50 FM, ce qui permettrait à la caisse de santé villageoise d'être même excédentaire et d'envisager d'autres investissements par exemple en fournitures et matériel. Il est possible également d'envisager la création de mutuelles de villages, en demandant par exemple 100 FM par personne et par an, avec une somme de 10 FM par consultation.

Enfin une expérience de deux ans au moins est nécessaire avant de tirer des conclusions définitives.

REPUBLIQUE DU MALI
 CARTE ADMINISTRATIVE DE LA II^{ème} REGION, BAMAKO



7. PROPOSITION D'UN SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS
DE SANTE PRIMAIRES

Ce schéma que nous proposons, et qui nécessite sans doute des amendements et des adaptations selon les régions au Mali, est celui que nous souhaiterions voir se réaliser.

Il commence au niveau du village, pour se terminer au niveau du cercle.

7.1 A l'échelon du village

7.1.1 L'équipe de santé du village se composera pour le moment de trois agents oeuvrant ensemble : l'agent sanitaire de village, l'animatrice de village, l'accoucheuse traditionnelle.

Dans l'avenir, il serait souhaitable de voir le thérapeute traditionnel s'associer à l'équipe, voire même il pourrait être choisi comme agent sanitaire de village.

7.1.2 L'agent sanitaire de village

Nous ne reviendrons pas sur la description de ses caractéristiques de ses tâches, de sa compétence, de sa formation et de sa supervision qui ont été amplement décrites au chapitre 6.5.2 à l'occasion de la description de l'expérience de Massantola.

7.1.3 L'animatrice de village

C'est une femme mariée dans le village, et mère d'enfants vivants, choisie par l'association villageoise des femmes pour son dynamisme et la confiance qu'elle inspire. Elle a été acceptée par le conseil de village. Elle est la "conseillère technique" du comité villageois des femmes, et chargée par les anciennes de les aider à promouvoir la situation de la femme. Les problèmes de santé de la femme et de l'enfant constituent sa première activité, car comment parler de "promotion de la femme" si celle-ci perd les enfants qu'elle met au monde, et risque à chaque grossesse de mourir ou de rester mutilée. Aucune rémunération n'est prévue à son intention.

Elle sera formée pendant 10 jours au niveau de la maternité rurale du secteur de base, et doit être recyclé tous les six mois. Sa formation lui sera donnée en langue locale par la matrone rurale et les personnes responsables venues du chef-lieu d'arrondissement ou du chef-lieu de cercle (assistante sociale).

Son rôle est de :

- traiter les affections simples dont souffrent les femmes et les enfants;
- éduquer les femmes dans le domaine de la SMI en collaboration avec la matrone rurale;
- animer le comité des femmes.

Ses tâches sont de :

- traiter les affections simples comme l'agent sanitaire;
- gérer avec l'agent sanitaire la petite pharmacie de village;
- donner les premiers soins aux blessés;
- conseiller aux malades plus graves, dont l'affection dépasse les compétences de l'équipe de santé du village, de se rendre au dispensaire;
- assurer aussi l'évacuation sanitaire des urgences;
- assurer l'éducation pour la santé des femmes dans le domaine de la vie génitale de la femme, de la grossesse et de l'accouchement, de l'hygiène, de l'eau potable, des latrines, des ordures;
- faire l'éducation nutritionnelle de la femme notamment en ce qui concerne la préparation des repas du nourrisson et de l'enfant;
- effectuer chaque semaine la distribution de nivaquine;
- aider à accoucher les femmes qui le lui demandent et dont l'accouchement se présente bien;
- aider l'agent sanitaire pour les statistiques d'état civil.

7.1.4 L'accoucheuse traditionnelle

Elle a été choisie par l'association des femmes du village pour sa sagesse et son autorité. Une formation d'une dizaine de jours à la maternité est nécessaire, pour lui montrer l'importance de certains comportements nouveaux concernant la grossesse, l'accouchement, l'alimentation et les soins à donner aux enfants. Elle travaille avec l'équipe, en particulier l'animatrice.

Son rôle : Il serait utopique d'attendre d'une vieille accoucheuse traditionnelle un changement radical de comportement.

Il ne serait également pas logique de s'opposer à elle, mais l'intégrer à l'équipe pour en faire une "alliée". Le véritable travail de SMI, et de maternité viendra de l'animatrice. Pendant de nombreuses années encore, la majorité des accouchements en milieu rural restera entre les mains des accoucheuses traditionnelles; les négliger serait abandonner une importante partie des femmes en couches à des pratiques aux conséquences souvent dramatiques

Ses tâches sont :

- donner des conseils aux femmes du village pendant leur grossesse (hygiène, diététique);
- conseiller aux femmes d'accoucher à la maternité;
- aider à accoucher les femmes qui le demandent et qui ont refusé de se rendre à la maternité (section aseptique du cordon, et pansement ombilical);
- évacuer les urgences obstétricales;
- / - consentir à se faire aider par l'animatrice (comportement correct) afin de préparer la relève;
- expliquer les suites de couches aux mères;
- ' - prodiguer des règles diététiques à la mère, et son enfant;
- expliquer aux mères l'importance de la prévention (nivaquinisation, vaccination);
- aider la matrone rurale;
- conseiller sur le plan technique l'association des femmes.

Pour accomplir ses tâches, elle dispose de :

- une paire de ciseaux;
- des bandes de gaze ou de toiles propres;
- de savon ou d'un antiseptique;
- d'un collyre.

Elle dépend d'abord de la matrone rurale de la maternité rurale la plus proche qui vient la voir souvent lors des visites de SMI. A un second degré, elle dépend de l'infirmier-chef du dispensaire de l'arrondissement et enfin au niveau du cercle, de la sage-femme de liaison et du médecin-chef.

7.2 Echelon de l'arrondissement

L'infrastructure est constituée d'une équipe de deux personnes au niveau du chef-lieu d'arrondissement : un infirmier-chef du dispensaire et une matrone rurale pour la maternité, enfin un aide-soignant au niveau des gros villages ou sous-secteur avec dispensaire rural. Le dispensaire d'arrondissement est la structure la plus périphérique qui sera tenue par un agent rémunéré par l'Etat (infirmier).

La matrone rurale et l'aide-soignant sont à la charge des fédérations des groupements ruraux, c'est-à-dire des mutuelles des paysans.

7.2.1 L'aide-soignant

C'est un jeune qui est soit recruté après un concours et suit une formation d'un an, soit un manoeuvre d'une formation sanitaire qui, après plusieurs années de travail, s'est amélioré en apprenant par la routine certains soins de base (piqûres, pansement, nivaquinisation, etc.).

Il est pris en charge par les mutuelles de paysans. Il travaille au niveau des gros villages où existent des dispensaires ruraux, le plus souvent construits par la population.

Ses tâches varient selon qu'il travaille au niveau d'un dispensaire rural, d'un centre de santé d'arrondissement, ou d'un centre de santé de cercle.

i) S'il travaille au niveau d'un dispensaire rural :

- examiner et prescrire un traitement aux malades qui souffrent d'affections simples;
- assurer la supervision des agents sanitaires qui dépendent de son dispensaire;
- assurer l'éducation pour la santé des villages;
- participer aux enquêtes épidémiologiques entreprises dans son sous-secteur;
- vacciner;
- évacuer les urgences;
- tenir à jour les statistiques.

ii) S'il travaille au niveau du centre de santé d'arrondissement :

- effectuer les traitements prescrits aux malades hospitalisés par l'infirmier-chef;
- gérer la pharmacie;
- effectuer des examens de laboratoires simples.

iii) S'il travaille au niveau d'un centre de santé de cercle :

- distribuer les traitements prescrits par le médecin;
- participer à l'assainissement, ou aider à la pharmacie du cercle, ou au laboratoire.

Dans ce dernier cas (centre de santé de cercle), l'aide-soignant n'est pas à la charge des mutuelles de paysans.

7.2.2 La matrone rurale

C'est une jeune fille recrutée (concours ou non) pour suivre une formation d'un an dans une maternité, afin de diriger une maternité rurale. Elle est à la charge des mutuelles locales (FGR par exemple). Elle dirige et organise la maternité rurale, soit au niveau de l'arrondissement, soit au niveau des gros villages.

Ses tâches sont :

- effectuer les accouchements normaux;
- assurer les activités de SMI au niveau des maternités rurales et des villages qui en dépendent;

- collaborer et superviser les accoucheuses traditionnelles;
- évacuer les urgences;
- assurer l'éducation pour la santé.

Elle est formée en un an, et subit ensuite régulièrement des stages de recyclage.

7.2.3 L'infirmier-chef d'arrondissement

Agent de l'Etat, il est responsable des activités sanitaires au niveau de l'arrondissement et doit rendre compte au médecin-chef de cercle.

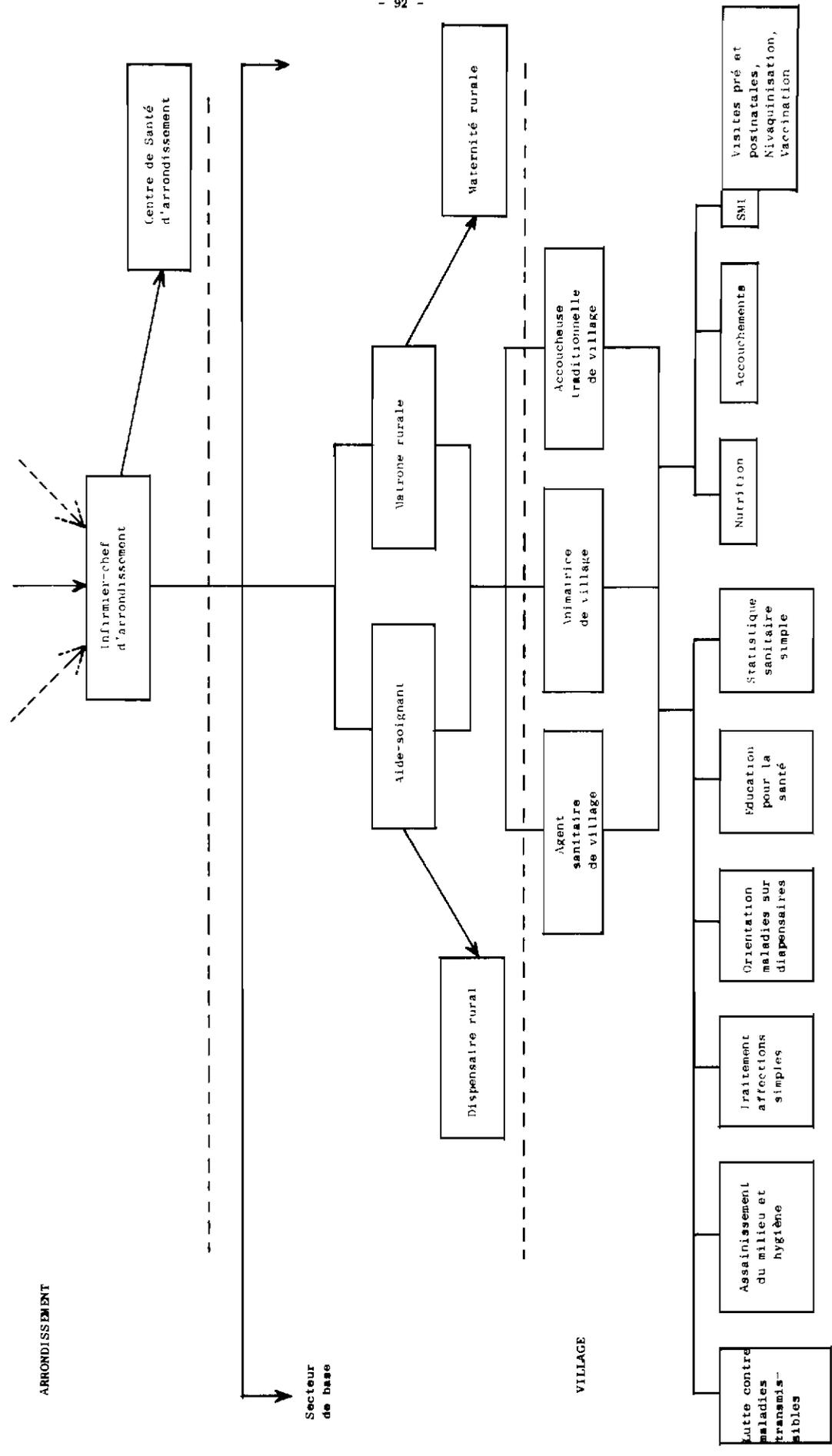
Ses tâches sont :

- assurer la responsabilité sanitaire de l'arrondissement;
- diriger le centre de santé;
- assurer les consultations au centre de santé et dans les dispensaires ruraux (périodiquement);
- superviser les aides-soignants, les matrones rurales;
- assurer la formation et le recyclage périodique des agents sanitaires de l'arrondissement;
- établir les statistiques sanitaires;
- faire partie du comité d'action de l'arrondissement, et étudier avec les autres organismes de développement les voies et moyens pour aboutir à des actions intégrées;
- planifier les actions de santé publique de l'arrondissement;
- servir de conseiller technique au chef d'arrondissement.

Il est formé au bout de trois années d'études à l'Ecole des Infirmiers à Bamako et il subit périodiquement des stages de recyclage et de perfectionnement.

L'organigramme des soins de santé primaires tel qu'il est proposé au niveau du village - gros village et arrondissement - est donné dans le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10
ORGANIGRAMME DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES



7.3 Echelon du cercle

C'est à cet échelon qu'il faut préconiser le maximum de dynamisme, de mobilité pour faire face aux tâches de supervision, de recyclage et de coordination.

Toutes ces actions doivent concourir pour justifier le nouveau rôle d'un "infirmier de liaison" qui n'existe pas sur les organigrammes classiques du centre de santé de cercle. Les infirmiers travaillant au centre de santé de cercle seront divisés en trois types :

- un infirmier-chef du centre de santé;
- un infirmier de liaison pour la coordination des arrondissements;
- le troisième type rassemble les infirmiers restant chargés de tâches classiques.

7.3.1 L'infirmier-chef du centre de santé

- double les activités du médecin-chef à la tête du centre de santé et assure ainsi une permanence;
- assure les consultations externes du centre de santé;
- traite les malades hospitalisés sous la supervision du médecin;
- administre le centre de santé de cercle;

7.3.2 L'infirmier de liaison

- double les activités du médecin-chef dans la coordination des activités des arrondissements et dans la supervision des formations sanitaires périphériques;
- supervise et coordonne les activités des services spécialisés au niveau du centre de santé, telles que éducation pour la santé, assainissement, hygiène, lutte contre les maladies transmissibles, qui ont un impact important sur les formations périphériques et partant sur la collectivité;
- effectue des consultations dans les dispensaires ruraux et centre de santé d'arrondissement qu'il visite;
- centralise toutes les statistiques sanitaires du cercle et en fait la synthèse;

- participe à la formation et au recyclage du personnel sanitaire.

Donc, pour effectuer ses tâches, l'infirmier de liaison fait preuve d'une très grande mobilité sur le terrain et les moyens appropriés doivent lui être fournis.

7.3.3 Les autres infirmiers

Ils effectuent les tâches classiques des infirmiers sous le contrôle du médecin et de ses adjoints, mais en mettant l'accent sur la prévention et la promotion de la santé.

7.3.4 La sage-femme

Le plus souvent, il y en a une par cercle; désormais, leur nombre sera porté, petit à petit, à deux par cercle.

i) Si elle est seule :

- dirige la maternité du centre de santé de cercle;
- assure la formation et le recyclage des matrones rurales;
- supervise les activités de SMI qui sont confiées à une infirmière.

ii) Si elles sont deux :

- l'une dirige la maternité;
- l'autre supervise les matrones rurales dans leurs tâches et toute la SMI au niveau du cercle.

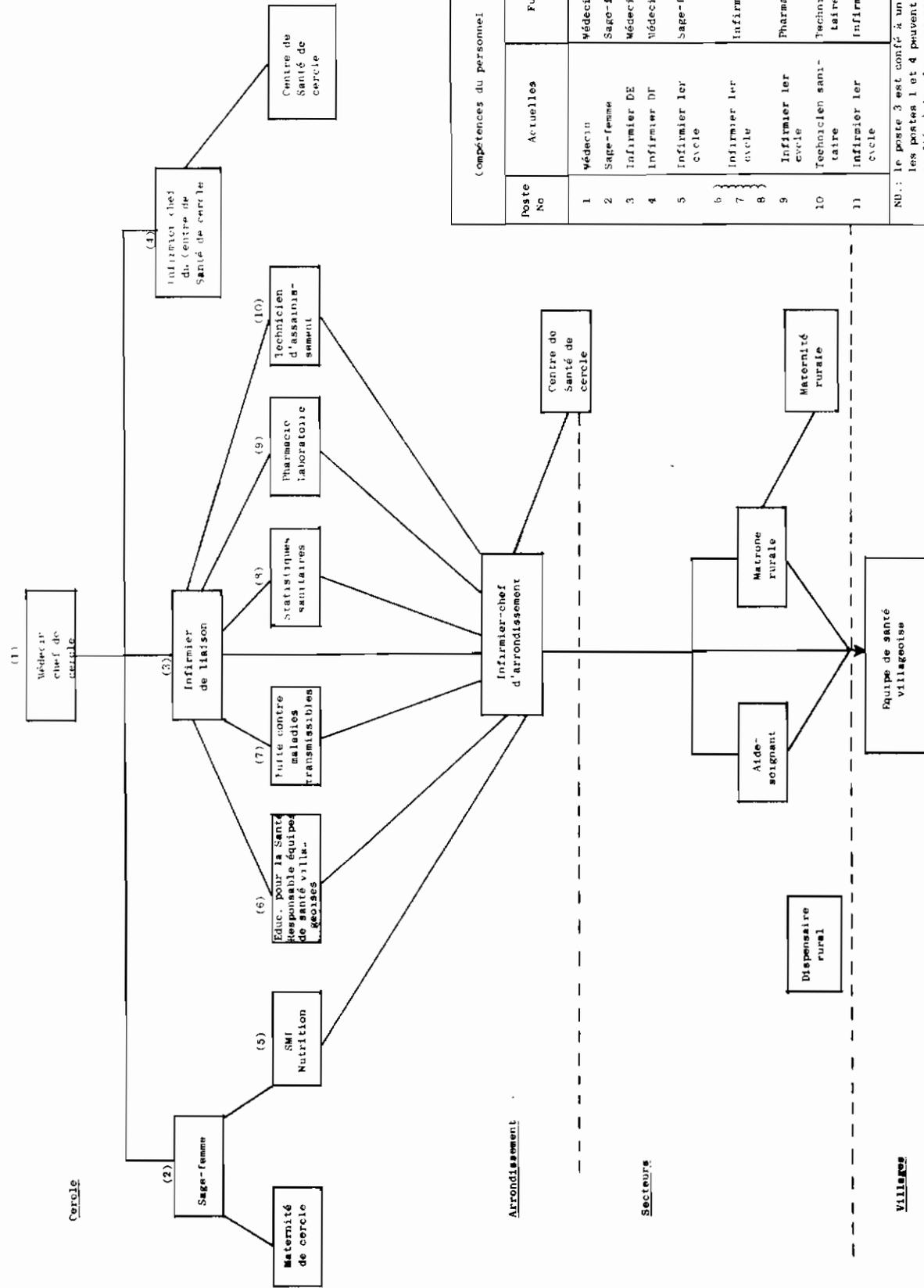
7.3.5 Le médecin-chef de cercle

C'est le chef de l'équipe. Son rôle est avant tout d'assurer la supervision, et de faire un travail de conception et d'organisation.

Ses tâches sont les suivantes :

- superviser l'ensemble des activités sanitaires au niveau du cercle, en particulier celles de soins de santé primaires;
- assurer des consultations externes à chaque niveau où il se trouve, car ses jours de visites sont programmés, et les cas pathologiques difficiles sont laissés à son intention;

Tableau 11
ORGANIGRAMME DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU NIVEAU DU CERCLE



Compétences du personnel		
Poste No	Actuelles	Futures
1	Médecin	Médecin
2	Sage-femme	Sage-femme
3	Infirmier DE	Médecin
4	Infirmier DF	Médecin
5	Infirmier 1er cycle	Sage-femme
6	Infirmier 1er cycle	Infirmier DE
7		
8		
9	Infirmier 1er cycle	Pharmacien
10	Technicien sanitaire	Technicien sanitaire
11	Infirmier 1er cycle	Infirmier 1er cycle

NU : le poste 3 est confié à un médecin, les postes 1 et 4 peuvent être confiés à la même personne.

- superviser les traitements donnés aux malades hospitalisés au centre de santé de cercle;
- recycler périodiquement le personnel;
- analyser la situation sanitaire du cercle, et élaborer le plan des activités sanitaires dans le cadre de la politique définie aux niveaux national et régional;
- accomplir toutes les tâches de ses deux adjoints (infirmier-chef et infirmier de liaison) en alternance avec eux;
- collaborer avec tous les organismes de développement du cercle, pour des actions intégrées et non isolées;
- conseiller sur le plan technique le commandant de cercle en matière de santé.

7.4 Le financement du système sanitaire du cercle au village

7.4.1 Actuellement

- Le centre de santé de cercle reçoit du Ministère de la Santé 5 à 6 millions de FM par an pour la dotation en médicaments; et 100 000 FM par trimestre pour le fonctionnement du centre (salaires du personnel non compris).
- Les fédérations primaires (FGR) payent les matrones et aides-soignants au niveau des arrondissements et gros villages, et vendent des produits pharmaceutiques au niveau des matrones rurales.
- Les associations des parents d'élèves ont construit les maternités et dispensaires ruraux.

7.4.2 A l'avenir, il serait possible de faire financer :

- i) dispensaires ruraux, maternités rurales et centres de santé d'arrondissement :
 - en partie par la FGR (ou comité d'action de développement communautaire);
 - en partie par les populations sous forme d'assurance maladie ; par exemple 100 FM par famille et par mois;
 - en partie par les consultants.

ii) Pharmacies de village

- par la population sous forme d'une cotisation périodique, et d'une petite somme payée à chaque utilisation des prestations de la pharmacie.

iii) Les évacuations sanitaires

- seront prévues dans le calcul des prestations payées en partie par la FGR, en partie par l'assurance maladie.

iv) Enfin le budget de l'Etat

- sera réservé uniquement au centre de santé de cercle;
- aux programmes de médecine de masse (vaccination);
- aux subventions pour les arrondissements défavorisés;
- aux paiements des salaires (infirmiers, médecin, sage-femme).

8. CONCLUSIONS

L'Organisation mondiale de la Santé a suggéré il y a plus d'un quart de siècle, que la santé devrait être un droit inaliénable de tous les hommes, sans restriction de race, religion, opinions politiques ou conditions sociales. Nous constatons aujourd'hui avec affliction que de nombreuses populations des collectivités rurales des pays en voie de développement sont encore loin d'avoir atteint ce droit. A cette carence inadmissible, mais pourtant vraie, une nouvelle approche appelée "soins de santé primaires" essaie d'apporter une solution. Des soins de santé primaires ont toujours été prodigués, mais ce ne sont que des actions ponctuelles; la nouvelle approche essaie de rationaliser les soins de santé primaires pour permettre leur extension à l'ensemble des collectivités d'un pays. Après avoir donné la définition des soins de santé primaires, nous en avons rappelé les caractéristiques et les principes généraux tels qu'ils ont été proposés par l'OMS. Nous avons indiqué le souci d'un grand nombre de pays d'assurer à leur peuple ce droit fondamental en essayant des approches aussi adaptées que possible. Nous avons également rappelé les intéressantes expériences tentées par quatre de ces pays à savoir :

- l'équipe de santé villageoise du département de Maradi au Niger avec ses secouristes, hygiénistes et matrones recyclées;
- l'expérience tanzanienne sur la nécessité d'un développement rural global avec des villages "Ujamaa";
- la "médecine simplifiée" des services de santé du Venezuela insistant sur le rôle des actes médicaux primaires simples à travers une médecine curative et préventive;
- enfin, la médecine chinoise avec les "médecins aux pieds nus" qui rehaussent la valeur authentique de l'expérience chinoise.

Quant au Mali, qui demeure au centre de nos réflexions, nous avons estimé utile d'examiner la situation sanitaire actuelle, d'en faire une analyse détaillée afin de voir dans quelles mesures une approche du type SSP pourrait résoudre le problème créé par ces différentes insuffisances.

De cette analyse de la situation malienne, il ressort les points suivants :

- un accroissement du déséquilibre qui a toujours existé entre le secteur urbain et le secteur rural;
- une prédominance de la pathologie infectieuse, parasitaire et nutritionnelle;
- une insuffisance des moyens de l'Etat pour résoudre les problèmes de santé et plus particulièrement au niveau périphérique.

Pour faire face à ces contraintes multiples et difficiles, nous avons préconisé le principe de l'intégration et la participation communautaire de la population qui offrent entre autres, l'avantage d'être plus responsabilisant. Dans cette optique, nous avons fait remarquer que plusieurs expériences tentées en différents endroits du Mali ont déjà permis d'enregistrer des résultats satisfaisants tant par leur contenu que par leur portée et nous avons décrit avec quelques détails un certain nombre de ces expériences :

- l'expérience "matrone" des régions de Sikasso et Bamako;
- les pharmacies villageoises;
- les maternités rurales;
- le centre pilote de Baguineda;
- le centre de développement communautaire de Sanankoroba;
- les centres de développement communautaire de la région de Segou;
- enfin, la coopérative des pêcheurs de la région de Mopti.

Mais, l'expérience qui reste la plus vivante pour nous, futurs médecins maliens, est celle du Centre d'Enseignement et de Recherche sur la Médecine rurale de Massantola où l'on a tenté de mettre en oeuvre et en pratique nos connaissances rudimentaires et théoriques de la médecine des collectivités.

Parmi les idées sur lesquelles nous avons insisté dans ce travail, figure le concept d'un service de santé villageoise autonome; bien que devant s'insérer dans le système sanitaire national dans le cadre d'une stratégie globale pour la mise en place d'une infrastructure de SSP par étapes, pour l'ensemble du pays.

Avant la mise en oeuvre de soins de santé primaires, différents éléments paraissent indispensables :

- une volonté politique : gage de réussite;
- une méthodologie simple et stricte du processus à suivre et des techniques à utiliser;
- une préparation des cadres dans ce sens.

Une fois que ces éléments sont réunis, il importe de :

- définir les objectifs des SSP appropriés pour le Mali;
- formuler un schéma de SSP avec son organigramme;
- déterminer le type de personnel à former (formation, recrutement, rémunération, supervision et conditions de recyclage);
- identifier les tâches à confier au personnel des SSP ainsi que les compétences requises;
- préparer un manuel qui servira pour la formation, mais également comme document de référence pour les ressources des SSP;
- établir le processus de planification du programme et de ses différentes phases dont il faut évaluer le coût et rechercher les sources éventuelles de financement;
- mettre en place un système d'évaluation continue.

Ce travail de conception, d'orientation et de suivi pour la mise en oeuvre doit être confié au niveau central à la cellule de planification du Ministère de la Santé qui agit selon les résolutions du comité de coordination interministériel et à laquelle les tâches suivantes peuvent être assignées :

- conception des systèmes des prestations des SSP en adaptant l'approche générale aux conditions loco-régionales;
- mise en place, essai et supervision des SSP dans des zones témoins, une dans chaque région, soit six au total;
- fournir le support technique, administratif et logistique et organiser la rétroinformation pour l'évaluation objective des résultats.

La réalisation effective de ces expériences devrait être confiée à chaque directeur régional de la santé au niveau de chacune des six régions.

Un comité régional groupant tous les médecins chefs de cercles et les responsables des autres services et institutions chargés du développement de la région devrait guider les actions entreprises dans chaque région. Ce comité est libre de définir les modalités d'action régionale, compte tenu de l'orientation nationale émanant de la cellule de planification et approuvé par les organes directeurs du système politico-administratif.

Par la suite, on devra procéder à un bilan général des expériences régionales, afin de mettre sur pied un programme d'extension à l'ensemble du pays, en tenant compte des spécificités régionales. Ceci pourrait se développer assez rapidement si on évite l'enkystement de ces expériences; en effet, par un souci de perfectionnisme mal venu, les zones pilotes ou d'essai ont une fâcheuse tendance à l'enkystement à l'auto-perpétuation. Pour les soins de santé primaires, on doit éviter cette tendance et utiliser les résultats au fur et à mesure qu'ils sont obtenus; ainsi le Mali pourra progresser rapidement sur la voie dure mais indispensable de l'auto-développement, de l'auto-suffisance, pour le bien de toutes les collectivités du pays.

L'approche des soins de santé primaires s'inscrit donc dans les actions de développement orientées délibérément vers le bien-être, dans le sens le plus large des activités.

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

- Aujoulat, J. L. (1966) Une éducation sanitaire pour l'Afrique, Union internationale pour l'Education sanitaire, Paris.
- Batiga, P. C. (1975) Etude sur les relations inter-personnelles Infirmiers/ Patients à l'Hôpital de Ouagadougou; Mémoire de fin d'études, Université de Yaoundé.
- Belloncle, G. et Fournier, G. (1975) Santé et développement en milieu rural africain : réflexions sur l'expérience nigérienne; Editions ouvrières, Paris.
- Blanc, J.: La planification sanitaire en Afrique : Bilan de trois expériences de planification (Mali, Niger, Gabon); Document ronéotypé.
- Boly, A. E. (1975) Organisation des services médico-sanitaires ruraux au Mali, (Mémoire de Licence en organisation et gestion hospitalières et des institutions médico-sociales), Facultés de médecine, Bruxelles.
- Coulibaly, A. (1975) Conséquences de la migration des personnels médico-sanitaires au Mali; Thèse, Ecole nationale de Médecine du Mali, Bamako.
- Charles, E. (1975) Les soins sanitaires primaires : une nouvelle priorité ? Oui, mais ... (Contact - cahier No 15), Genève.
- Diallo, A. (1974) Formation des matrones traditionnelles au Mali - Maternités rurales; Enf. Milieu trop., Vol 94.
- Gnandodoué, Th. (1970) Réflexion sur la formation des infirmiers et infirmières au Dahomey; Mémoire de fin d'études, Ecole internationale d'Enseignement Infirmier supérieur (Lyon).
- Kenneth, W. (1975) Participation et Santé; OMS, Genève.
- Mali (1966) Plan décennal de développement des services de santé du Mali 1er juillet 1966 - 30 juin 1976, Bamako.
- Mali (1968) Annuaire statistique générale 1968; Service des Statistiques et de la Mécanographie, Bamako.
- Mali (1971) Enfance, jeunesse et plan de développement; Décembre, Bamako

- Mali (1975) Rapport annuel des services de santé 1974 du Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Bamako.
- Niger (1964) Planification des services de santé publique de la République du Niger; Perspectives décennales de développement des services de santé 1965-1974, Niamey.
- OMS (1952) Le coût de la maladie et le prix de la santé; Org. mond. Santé Sér. Monogr., No 7, Genève.
- OMS (1954) L'hôpital rural : sa structure et son organisation; Org. mond. Santé Sér. monogr. No 21, Genève.
- OMS (1954) Méthodes à appliquer pour l'élaboration d'un programme coordonné d'action sanitaire dans les zones rurales; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 83, Genève.
- OMS (1957) La mesure des niveaux de santé; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 137, Genève.
- OMS (1960) Le service de santé local; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 194, Genève.
- OMS (1960) Préparation des enseignants à l'éducation sanitaire; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 193, Genève.
- OMS (1962) Rôle des médecins de la santé publique et des omnipraticiens dans la protection de la santé mentale; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 235, Genève.
- OMS (1963) Les services de santé urbains; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 250, Genève.
- OMS (1963) La préparation à l'exercice de la médecine générale; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 49, Genève.
- OMS (1964) Stimulation de l'intérêt du médecin praticien pour la médecine préventive; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 269, Genève.
- OMS (1965) Manuel de l'agent sanitaire d'assainissement.

- OMS (1966) Campagne de masse et services de santé généraux; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 29, Genève.
- OMS (1966) Formation et préparation du personnel enseignant des écoles de médecine, compte tenu en particulier des besoins des pays en voie de développement; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 337, Genève.
- OMS (1967) La planification sanitaire nationale dans les pays en voie de développement; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 350, Genève.
- OMS (1969) Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 409, Genève.
- OMS (1969) Organisation et administration des hôpitaux; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 432, Genève.
- OMS (1969) La recherche en éducation sanitaire; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 432, Genève.
- OMS (1970) A la recherche d'une philosophie de l'action médico-sanitaire dans la Région africaine; Org. mond. Santé Cah. techn. AFRO, No 1, Brazzaville.
- OMS (1970) La formation en planification sanitaire nationale; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 456, Genève.
- OMS (1970) Une conception intégrée des services de santé publique dans la Région africaine; Cah. techn. AFRO, No 2, Brazzaville.
- OMS (1971) Soins médicaux individuels et sécurité sociale; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 460, Genève.
- OMS (1971) Les études relatives aux personnels de santé; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 481, Genève.
- OMS (1972) Les examens de santé de masse; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 45, Genève.
- OMS (1972) Organisation des services sanitaires aux échelons local et intermédiaire; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 499, Genève.
- OMS (1972) Santé publique et développement chez l'homme; Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., No 485, Genève.

- OMS (1973) Principes de la planification sanitaire en URSS; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 43, Genève.
- OMS (1973) Evaluation des centres de santé; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 48, Genève.
- OMS (1973) Planification et programmation des services infirmiers; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 44, Genève.
- OMS (1973) Considérations sur l'enseignement de la médecine dans les pays en voie de développement; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 47, Genève.
- OMS (1973) Recherche en organisation sanitaire et technique de management; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 51, Genève.
- OMS (1973) Progrès sanitaires en Afrique 1968-1973; Cah. techn. AFRO, No 6, Brazzaville.
- OMS (1973) Intéraction entre les programmes de santé et le développement socio-économique; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 20, Genève.
- OMS (1973) Intéraction entre les programmes de santé et le développement socio-économique; Org. mond. Santé Cah. Santé publ., No 49, Genève.
- OMS (1974) Planification sanitaire nationale : intérêt et méthodes de préparation, Place de la santé publique dans l'économie des pays africains, Principes et méthodes d'évaluation des programmes sanitaires nationaux; Cah. techn. AFRO, No 7, Brazzaville.
- OMS (1975) Les soins de santé primaires; Santé du monde, avril 1975.
- OMS (1975) Soins médicaux en zones rurales; Cah. techn. AFRO, No 10, Brazzaville.
- OMS (1975) Promotion des services nationaux de santé; Document de l'Assemblée mondiale de la Santé (A28/9), Genève.
- OMS (1975) Promotion de la santé et environnement humain; Etude établie sur la base des discussions techniques tenues lors de la vingt-septième Assemblée mondiale de la Santé 1974, Genève.
- OMS (1975) Promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires; Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA28.88), Genève.
- OMS (1976) Rapport du 1er semestre 1976, Représentant de l'OMS, Bamako

- OMS (1976) L'évolution du rôle des missionnaires médicaux en Afrique; Chronique OMS, No 5, Genève.
- OMS (1976) Le programme de soins de santé primaires au Soudan, Chronique OMS, No 9, Genève.
- OMS (1976) Constitution OMS, p.1, Genève.
- OMS (1976) Activités de l'OMS en 1975; Résolution du Comité régional de l'Afrique, Document AFR/RC26/R2, Brazzaville.
- OMS (1976) Priorités OMS, Santé du monde, juillet 1976.
- OMS (1976) Santé et droits de l'homme, Santé du monde, janvier 1976, Genève.
- OMS (1976) Résolution d'intérêt régional; Résolution du Comité régional de l'Afrique, AFR/RC26/R4, Brazzaville.
- OMS (1976) Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique, Rapports des discussions techniques, Document AFR/RC26/TD/WP/1, Brazzaville.
- OMS (1976) Médecine traditionnelle africaine; Sér. Rapp. techn. AFRO, No 1, Brazzaville.
- OMS (1976) Agent de santé communautaire, Document HMD/74.5 (Rév. 1976), Genève.
- OMS (1976) Promotion des services nationaux de santé et technologie sanitaire en ce qui concerne les soins de santé primaires et le développement rural, Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA29.74), Genève.
- Prost, A. (1976) Service de santé en pays africain; Masson et Cie, Paris.
- Quenum, A. A. (1965) L'éducation sanitaire en Afrique, Rév. int. Educ. Santé, 8, No 2.
- Quenum, A. A. (1965) Vers la faillite des cadres médico-sanitaires africains ? Afr. med., 60, Dakar.
- Quenum, A. A. (1975) Rapport annuel du Directeur régional au Comité régional de l'Afrique, vingt-cinquième session - Introduction; Brazzaville.

- Sobngwi, B. P. (1972) Réflexion sur l'utilisation du personnel infirmier qualifié de la médecine préventive et rurale au Cameroun; Mémoire de fin d'étude, Ecole internationale d'Enseignement infirmier supérieur (Lyon).
- Soumah, A. (1963) L'éducation sanitaire face aux problèmes posés par la lutte contre le paludisme en milieu africain; Thèse, Conservatoire national des Arts et Métiers de Paris.
- Sankalé, M. (1969) Médecins et action sanitaire en Afrique noire - Présence africaine 1969, p. 434.
- Tanzanie (1969) Tanzania second five year plan for economic and social development 1st July 1969 - 30th June 1974, Dar es Salaam.
- Tongo, M. (1975) Réflexion sur l'utilisation du personnel infirmier dans l'itinérance au Cameroun (zone DASP I et II); Mémoire de fin d'études, Université de Yaoundé.