

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

PARTICIPATION DE LA POPULATION A L'AUTOSUFFISANCE  
DANS LE DOMAINE SANITAIRE

THESE

Présentée et soutenue publiquement en novembre 1978  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie  
du Mali

par

Monsieur MAMADOU OUMAR TRAORE  
né le 26 juillet 1955 à Kati (Bamako)  
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Examineurs de la Thèse :

Professeur Conlan A. A. QUENUN..... Président  
Docteur Abdoulaye DIALLO.....  
Docteur Sanoussi KONATE.....  
Docteur Hubert BALIQUE..... } Juges

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

---

ANNEE ACADEMIQUE 1977 - 1978

---

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

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

---

Professeurs :

- Yves MILLET : Physiologie, Marseille
- Sadio SYLLA : Anatomie-Dissection, Dakar
- Oumar SYLLA : Chimie organique, Dakar
- Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie, Dakar
- H. G. GRAS : Toxicologie-Hydrologie, Dakar
- J. JOSSELINE : Biochimie, Dakar
- E. LOREAL : ORL
- Blanc : Obstétrique, Marseille

## PROFESSEURS MISSIONNAIRES

### Docteurs :

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

## PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

---

### Professeurs :

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

## ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

### Docteurs :

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

## ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

---

### Mesdames :

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

### Monsieur :

- ESPINOSA : Hygiène du milieu

## CHARGES DE COURS

---

### Docteurs :

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

Madame :

- Brigitte DUFLO : Sémiologie digestive

Professeurs :

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

Messieurs :

- OLIER : Hydrologie  
- MARTIN : Chimie analytique

JE DEDIE CETTE THESE

A TOUTES LES POPULATIONS RURALES DU TIERS MONDE

Qui comme celles du Mali, luttent de toutes  
leurs forces pour l'amélioration de leur sort.

A MON PERE

Pour toute ton attention, ton courage  
dans les moments difficiles,

Puisse cet humble travail t'apporter  
une satisfaction légitime.

A MA MERE

Pour ta tendre affection qui ne m'a jamais fait défaut

Trouve dans ce travail mon indéfectible attachement.

A MES FRERES ET SOEURS

Que j'invite tous au travail,

Puisse cette thèse vous rappeler sans cesse que

"Ceux qui vivent ce sont ceux qui luttent".

A MES TANTES ET ONCLES

A MES COUSINS ET COUSINES

En témoignage de ma profonde reconnaissance  
pour tout ce que vous avez fait pour moi.



A MES AMIS

Messieurs :

- Bougary Mamadou Traoré
- Degry
- Boubacar Kouyaté
- Benoît Karamberi
- Mamadou Fodé Kouyaté

Mesdemoiselles :

- Dia Absétou
- N'Deye Sophie Bâ
- Fanta Mady Kefta

La valeur d'une amitié se reconnaît par le chemin parcouru ensemble.

A MES CAMARADES

Je m'abstiendrai de citer les noms par peur d'en oublier

A vous tous amour et succès.

A MONSIEUR MAMADOU YERO BA ET FAMILLE

AU DJOUE, Prazzaville

Pour l'ambiance et l'hospitalité dont nous avons été l'objet pendant notre séjour à Prazzaville et le sens patriotique qui vous anime,

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR SFNF MALICK (Bamako)

A MADAME KONE AISSATA (Bamako)

Mes remerciements pour les nombreux services rendus tout au long de ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

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

Pour l'intérêt que vous accordez à notre  
jeune école, aux problèmes de santé publique  
qui préoccupent l'Afrique,

Pour votre heureuse initiative de nous  
proposer ce sujet d'actualité,

Pour l'honneur que vous nous faites en  
président cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre  
sincère reconnaissance.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur Hubert BALLIQUE

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

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

Messieurs

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail, témoignage d'une grande sollicitude à notre endroit, Veuillez croire à notre profond respect.

A NOTRE MAITRE

Le Professeur Alio BA

Direction Générale de l'Ecole Nationale de Médecine

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

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

Pour l'intérêt qu'ils ont accordé à notre formation.

A TOUT LE PERSONNEL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE

Trouvez ici nos vifs remerciements.

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE

Courage et succès.

A TOUTE NOTRE PROMOTION

En témoignage de la fraternité estudiantine,

Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments amicaux.

A MES COLLEGUES

Monsieur Mamadou Sidy Diallo

Mesdemoiselles : Lala-Badji Hafdara

Mafmouna Fayelle Dabo

Pour les moments souvent palpitants passés ensemble  
pendant nos travaux d'étude à Kolokani,

Pour votre sympathie,

A vous merci.

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

A Monsieur BEN AZIZA  
Fonctionnaire régional

Vos innombrables occupations ne vous auraient point permis de nous accueillir en ce moment ;  
Cependant vous les avez sacrifiées.

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

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur G. RAMANOHISOA  
Fonctionnaire régional

Nous vous remercions pour l'aide que vous nous avez apportée en nous fournissant la documentation et les renseignements nécessaires pour l'élaboration de ce travail.

Profonds sentiments de reconnaissance.

A Mademoiselle JAKUBOWSKA  
Administratrice, EDS

Nos vifs remerciements pour vos conseils éclairés qui nous ont guidés efficacement dans l'accomplissement de ce travail.

A Monsieur JEJFY  
Assistant Administrateur

Pour lui dire merci.

A TOUS LES AMIS DE BRAZZAVILLE

Pour vous remercier de votre sympathie et de votre  
gentillesse.

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE A L'ELABORATION  
DE CETTE THESE

Ma profonde reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION .....	1
1.1 La santé pour tous en l'an 2000 .....	2
1.2 Approche proposée .....	2
2. SITUATION SANITAIRE AU MALI .....	4
2.1 Données sanitaires .....	5
2.1.1 Caractéristiques de la population .....	5
2.1.2 Organisation administrative du Mali .....	10
2.1.3 Infrastructures sanitaires .....	10
2.1.3.1 Organisation de la médecine au Mali .....	10
2.1.3.2 Types de services sanitaires et leur répartition à travers le pays .....	12
2.1.3.3 Personnel sanitaire .....	14
2.1.4 Statistiques sanitaires .....	15
2.1.4.1 Morbidité .....	15
2.1.4.2 Mortalité .....	17
2.1.5 Budget de la santé .....	20
2.2 Analyse de la situation sanitaire .....	21
2.2.1 Pathologie .....	21
2.2.2 Principaux obstacles à une meilleure couverture sanitaire .....	22
2.2.2.1 Insuffisance budgétaire .....	22
2.2.2.2 La sous-médicalisation .....	22
2.2.2.3 Inadaptation du système classique de distribution des soins .....	27
2.2.2.4 Manque de coordination entre les différents secteurs socio-économiques .....	29

	<u>Page</u>
3. ESSAIS DE SOLUTION .....	30
3.1 Intégration des activités préventives et curatives .....	31
3.2 Autosuffisance sanitaire .....	31
3.2.1 Concept d'autosuffisance sanitaire .....	31
3.2.2 Conditions nécessaires pour obtenir l'autosuffisance.	33
3.2.2.1 Utilisation en priorité des ressources locales	33
3.2.2.2 Utilisation d'une technologie appropriée ...	34
3.2.2.3 Formation adaptée aux conditions sanitaires locales d'un personnel issu de la collectivité	34
3.2.2.4 Participation active de la population aux actions entreprises .....	35
3.2.3 Soins de santé primaires (SSP) : stratégie permettant de parvenir à l'autosuffisance .....	35
3.2.3.1 Définition des SSP .....	35
3.2.3.2 Principes généraux énoncés par l'OMS .....	35
3.2.3.3 Revue de quelques expériences maliennes et étrangères .....	36
3.3 Participation de la population à l'autosuffisance sanitaire	44
3.3.1 Définition de la notion de participation à l'auto- suffisance .....	44
3.3.2 Types de participation .....	45
3.3.2.1 Participation organisé .....	45
3.3.2.2 Participation passive imposée .....	46
3.3.3 Les options du Mali .....	46
3.3.4 Fondements de toute participation de la collectivité	48
3.3.4.1 Connaissance de la collectivité .....	48
3.3.4.2 Identification et définition par la collec- tivité de ses besoins ressentis et exprimés	49
3.3.4.3 Contribution de la collectivité à la planification des activités sanitaires, à leur élaboration et exécution .....	49



	<u>Page</u>
4. EXPERIENCE DE KOLOKANI .....	51
4.1 Présentation du cercle de Kolokani .....	52
4.1.1 Situation géographique .....	52
4.1.2 Situation administrative .....	52
4.1.3 Ressources .....	53
4.1.4 Education .....	54
4.1.5 Habitats et assainissement .....	54
4.1.6 Infrastructure sanitaire .....	54
4.2 Description de l'expérience .....	55
4.2.1 Hypothèses initiales .....	55
4.2.1.1 De l'alphabétisation fonctionnelle à la santé .....	55
4.2.1.2 Formation de jeunes alphabétisés en matière de santé .....	57
4.2.2 Déroulement de l'expérience .....	58
4.2.2.1 Sensibilisation de la collectivité .....	58
4.2.2.2 Auto-évaluation .....	60
4.2.2.3 Evaluation externe .....	64
4.2.2.4 Restitution et programmation .....	64
4.2.2.5 Formation des agents de santé de village (ASV) .....	64
4.3 Quelques recommandations essentielles pour une <b>extension</b> de l'expérience au cercle et région .....	65
5. STRATEGIES POUR STIMULER LA PARTICIPATION .....	68
5.1 Education des populations .....	69
5.2 Existence d'un système technique d'appui, d'encadrement ....	70
5.3 Prise de conscience par la population des avantages de la participation .....	71
5.4 Intégration des actions sanitaires dans les activités de développement .....	71
5.5 Structures de participation .....	74

	<u>Page</u>
5.5.1 Associations des parents d'élèves .....	74
5.5.2 Associations des femmes .....	74
5.5.3 Associations des jeunes .....	75
5.5.4 Fédération des groupements ruraux .....	75
5.5.5 Conseils régionaux et locaux .....	76
6. CONCLUSION .....	78
7. ANNEXES .....	82
8. BIBLIOGRAPHIE .....	97

**1. INTRODUCTION**

### 1.1 "La santé pour tous en l'an 2000"

"La santé pour tous en l'an 2000" est le défi social que la Région africaine doit relever. Il s'agit de façon précise pour chaque africain où qu'il se trouve d'accéder à "un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement et économiquement productive" : la santé est un droit fondamental.

L'OMS en définissant la santé comme "un état complet de bien-être physique, mental et social" n'a pas relegué au second plan les implications qui peuvent se dégager de ce concept.

Les inégalités sociales et économiques, les différences politiques et spirituelles sont autant de facteurs de différenciation entre nations, classes sociales et individus. Ces inégalités sont reflétées également dans le domaine de la santé où nous pouvons constater que certains groupes d'individus ont beaucoup plus d'accès aux soins de santé que d'autres. Pour réduire cette attitude, 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".

La santé doit aujourd'hui cesser de bénéficier principalement à une classe, un groupe de privilégiés pour devenir un droit pour tous et un devoir pour les responsables nationaux afin que ce droit devienne une réalité. Dans cette optique, la priorité doit être donnée à une médecine communautaire, permettant d'assurer une meilleure couverture sanitaire des masses rurales et des habitants de taudis dont la majorité n'a pas encore accès aux prestations de soins élémentaires.

### 1.2 Approche proposée

Il est juste de dire que la médecine moderne est coûteuse et souvent inadaptée aux conditions socio-culturelles et économiques de populations africaines. En effet au Mali comme dans beaucoup de pays en voie de développement, l'insuffisance de moyens est une contrainte majeure qui empêche la réalisation de multiples activités sanitaires, particulièrement au niveau des collectivités rurales. Pour vaincre ces contraintes, de nouvelles stratégies doivent être recherchées afin de rendre les soins de santé universellement accessibles aux individus, aux familles de la collectivité d'une façon qui leur soit acceptable et abordable.

Cette approche s'est élaborée au cours des dernières années, en partie à la lumière de l'expérience acquise en matière de services de santé de base dans un certain nombre de pays. Pour rendre le plus rapidement possible les soins de santé universellement accessibles dans la collectivité, il est essentiel qu'individus et collectivité assument au maximum eux-mêmes la responsabilité des actions de santé. L'accession à cette autoresponsabilité requiert que la communauté participe pleinement à la planification, à l'organisation et à la gestion des prestations sanitaires. 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 prestations de soins et la formation d'une nouvelle catégorie de personnel de santé capable de toucher la majorité de la population et de contribuer à l'acquisition d'un meilleur état de santé au sein de la collectivité.

Le but de notre travail est :

- d'étudier l'expérience de notre pays dans le domaine de l'auto-suffisance en matière de santé;
- de proposer et développer chez les collectivités le sens de la participation pour l'ausuffisance.

## 2. SITUATION SANITAIRE AU MALI

## 2.1 Données sanitaires

### 2.1.1 Quelques caractéristiques de la population

#### Il s'agit d'une population jeune :

- estimée à 6 308 420 habitants (recensement 1977)
- comme le montre le Tableau 1 de la pyramide des âges
  - 20 % de la population a moins de 5 ans
  - 38 % " " 10 ans
  - 48 % " " 15 ans
  - 55 % " " 20 ans
- taux moyen de natalité 55 ‰
- taux brut de mortalité 30 ‰
- taux brut de mortalité infantile 120 ‰
- espérance de vie : à la naissance, elle est de 35 ans
- taux d'accroissement de la population plus de 2,5 %.

#### Il s'agit d'une population essentiellement rurale

La population urbaine représente 15 % de la population totale. 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 population fortement ruralisée est encore conservatrice. C'est ainsi qu'on trouve à présent dans le domaine sanitaire des interdits nutritionnels auxquels sont soumis les groupes vulnérables de la population,  
  
exemple : - un enfant qui mange des oeufs deviendrait un voleur
  - une femme gestante doit éviter de sortir au crépuscule sinon son enfant attrapera le "Kono"<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Accès pernicieux

- l'alphabétisation fonctionnelle reste le seul espoir du Gouvernement pour tirer la population de cet état de fait;
- le projet débute en 1967 et se poursuit sous l'égide de l'UNESCO jusqu'en 1972 époque à laquelle les différents programmes nationaux sont pris en charge par leurs gouvernements respectifs. Une évaluation pays par pays publiée en 1976 a montré que parmi les pays où les résultats étaient favorables figurait le Mali. Dans 211 villages, on comptait au moins cinq néoalphabétisés par village, des alphabétisés ont été formés en matière de santé. De plus la Direction nationale d'Alphabétisation fonctionnelle et linguistique appliquée (DNAFLA) a édité des manuels traitant des problèmes de santé. C'est ainsi qu'elle a fait paraître : "Tigaséné" (culture de l'arachide), "Boloci" (la vaccination), Nioninsa (la rougeole). Périodiquement ainsi elle fait publier dans le Journal rural "Kibaru" des articles médicaux (Annexe 1).

Il s'agit d'une population dispersée

Le Mali compte 10 368 villages pour une densité de cinq habitants au km<sup>2</sup>.

Cette dispersion associée aux distances considérables et aux communications difficiles explique la difficulté des efforts de développement en particulier dans le domaine sanitaire.

Il s'agit d'une population de grande diversité ethnique : avec une prédominance des Bambaras. Cette diversité se retrouvera au niveau des langues parlées; chaque ethnie ayant sa langue, cette dernière pouvant avoir des variantes au sein de ladite ethnie.

Les autres ethnies retrouvées sont :

- Sarakolé
- Sénoufo
- Peulh
- Maure
- Sonrhaï
- Malinké



- Dioula
- Dogon
- Zozo
- Toucouleur
- Bobo
- Mossi.

Il s'agit d'une population musulmane à 68 %, mais les pratiques ancestrales animistes restent courantes surtout en milieu rural.

D'autres religions existent aussi :

- Catholique 1 %
- Protestant 0,4 %

Tableau 1

Pyramide des âges  
(Population suivant le sexe et l'âge)

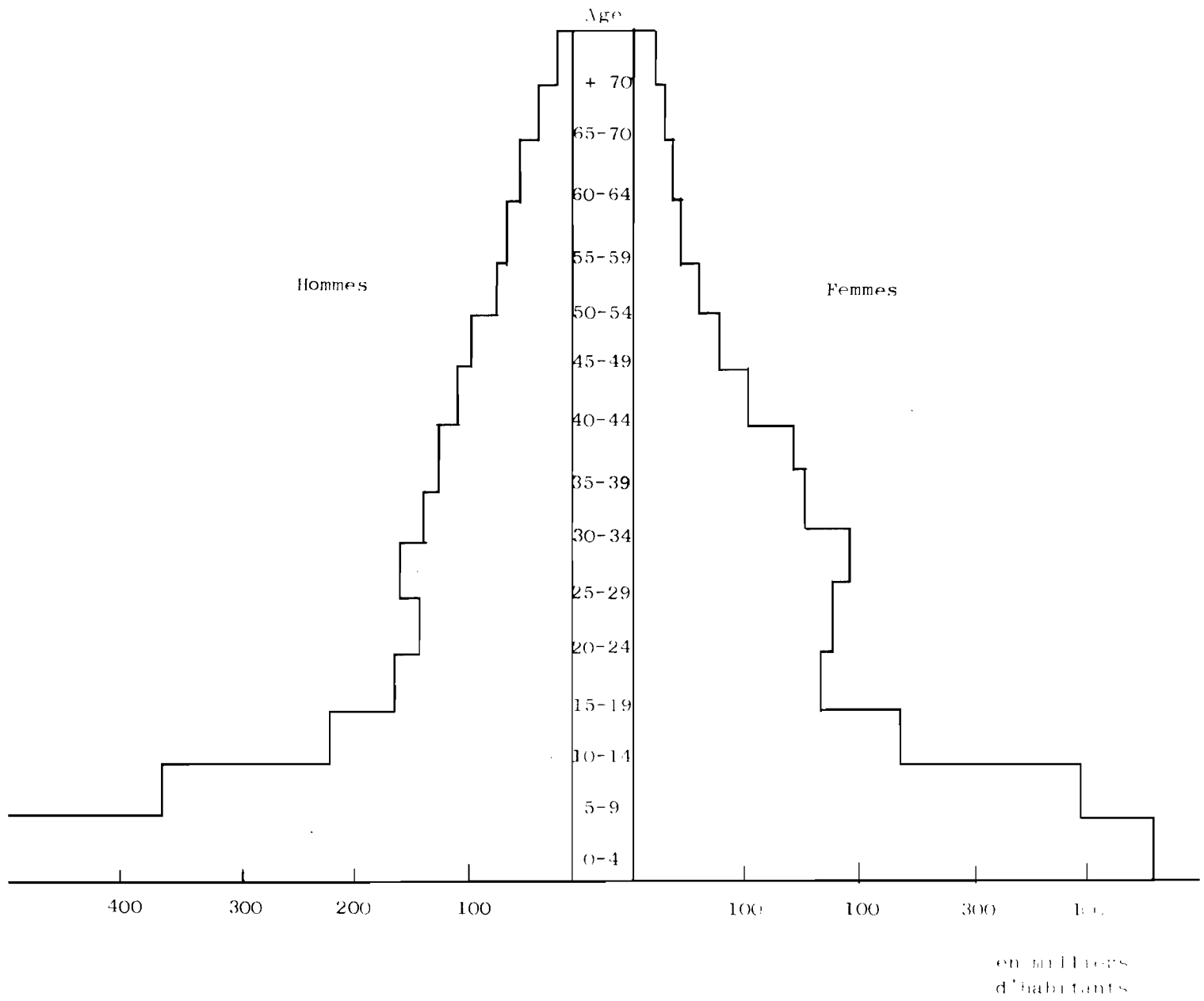


Tableau 2

Population urbaine et population rurale au Mali  
Villes de plus 5000 habitants (1974)

Bamako	284 200	Bougouni	12 000
Mopti	51 100	Kolokani	11 400
Segou	47 900	Diafarabé	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	8 900
Koulikoro	19 100	Niono	8 500
Kati	18 500	Niafunké	8 400
Nioro	17 500	Diré	7 700
Tombouctou	15 500	Douendzan	7 100
Kita	15 000	Markala	7 100
Djéné	14 300	Ansongo	6 400
Téenkou	12 200	Dioro	6 200
Total		772 200	

Population totale : 6 308 420 habitants

- pourcentage de la population vivant en milieu urbain 15 %
- pourcentage de la population vivant en milieu rural 85 %

### 2.1.2 Organisation administrative du Mali

Le Mali est divisé en régions économiques dirigées par un gouverneur. Chaque région est subdivisée en cercles dont chacun est dirigé par un commandant de cercle.

Ces cercles sont à leur tour divisés en arrondissements avec à leur tête un chef d'arrondissement.

Un arrondissement est constitué de plusieurs villages. Chaque village est dirigé par un chef de village entouré de conseillers désignés par les plus anciens du village.

Le Mali compte actuellement :

- Régions économiques	7
- Cercles	46
- Arrondissements	280
- Villages	10 368
- District	1

### 2.1.3 Infrastructure sanitaire

#### 2.1.3.1 Organisation de la médecine

Au Mali la médecine est publique et gratuite. Elle est placée sous l'autorité du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales.

On y distingue deux divisions :

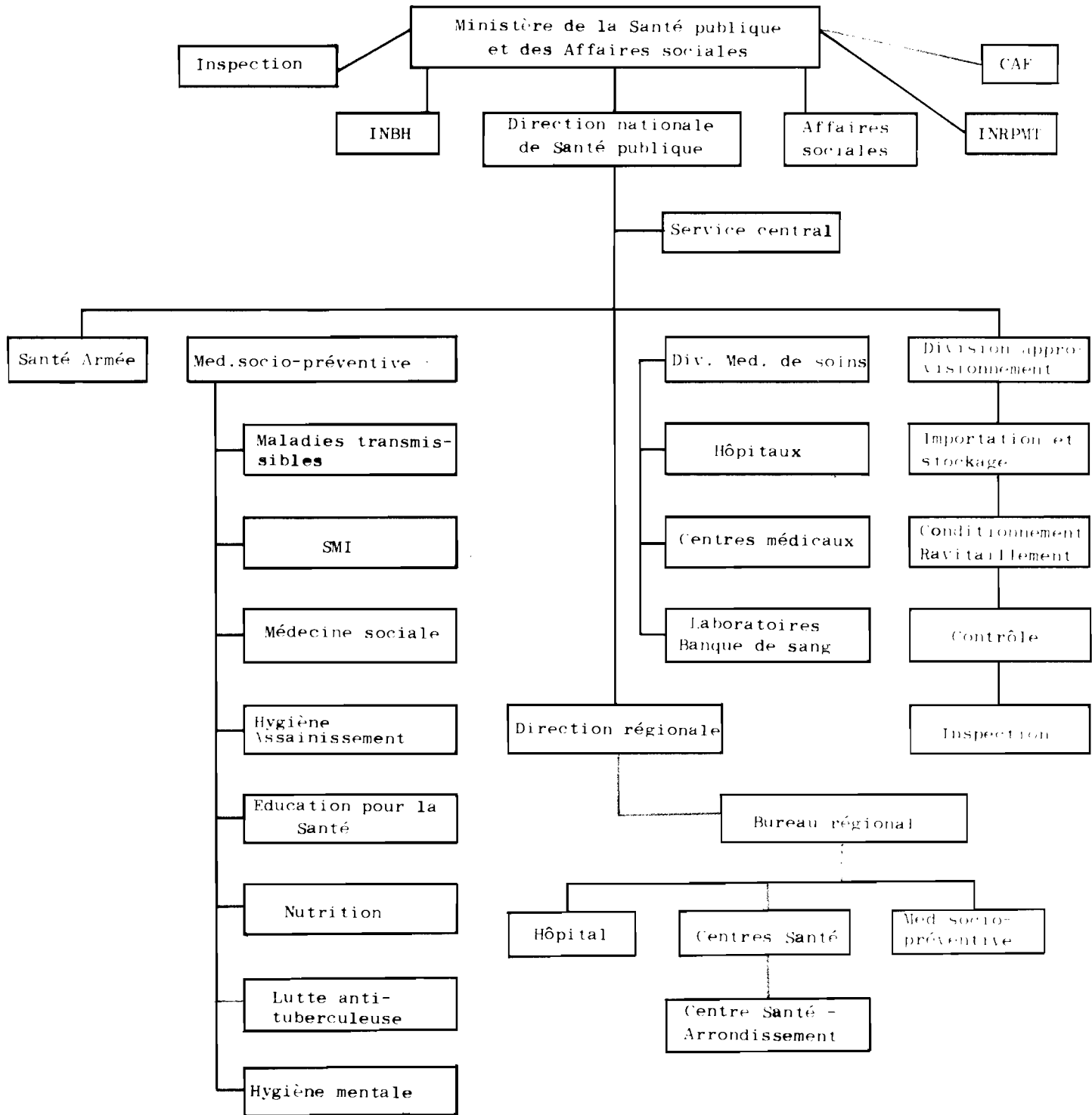
- 1 Division de la médecine curative
- 1 Division de la médecine socio-préventive.

Le Tableau 3 résume l'organisation générale de la médecine au Mali (Organigramme).

Tableau 3

ORGANIGRAMME (1977)

Direction de la Santé publique



### 2.1.3.2 Types de services sanitaires et leur répartition à travers le pays

Au niveau national : deux hôpitaux nationaux médiocrement équipés.

Les principales spécialités retrouvées sont :

- Médecine générale
- Cardiologie
- Gastro-entérologie
- Gynéco-obstétrique
- Pédiatrie
- Radiologie
- Dermatologie
- Urologie
- Stomato-odontologie
- Neurologie
- Chirurgie générale
- Laboratoire.

Au niveau régional :

Il existe des hôpitaux régionaux qui ont des moyens encore plus réduits que dans les hôpitaux nationaux.

Au niveau du cercle :

Dans chacun des cercles du Mali a été mise en place une circonscription médicale dirigée par un médecin-chef ou un infirmier d'Etat dont l'activité principale doit être de coordonner toutes les actions de santé publique au niveau de sa circonscription. Elle comprend en général :

- 1 dispensaire
- 1 maternité
- 1 secteur de grandes endémies.

Au niveau de l'arrondissement :

Il existe un dispensaire dirigé par un infirmier de 1er cycle et une maternité tenue par une matrone rurale.

Au niveau des quartiers urbains et les villages importants :

On retrouve des centres de santé rayonnant sur cinq à 10 villages regroupés en secteurs sanitaires de base. Ces centres assument les consultations externes.

Le Tableau 4 résume l'infrastructure sanitaire au Mali.

Tableau 4

Infrastructure sanitaire  
(Direction nationale de la Santé - 1974)

Catégories des établissements	Nombre	Nombre de lits	Nombre d'hospitalisés	Consultants	Consultations
Hôpitaux nationaux	2				
Hôpitaux régionaux	6	2 162	53 122		
Hôpitaux secondaires	2			263 126	615 184
Institut Marchoux	1	79	733		
IOTA	1	80	730		
Lazaret	1	42	217		
Hôpitaux ruraux	35	679	13 347		
Maternités	152	1 161	27 227	3 165 296	
Dispensaires	387				
Secteurs des grandes endémies	11	141	90 473	90 473	625 537

Pour une population de 5 185 000 habitants, soit un lit pour 12 000 habitants

2.1.3.3 Personnel sanitaire

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 :

Le Tableau 5 montre l'effectif du personnel en 1977.

Tableau 5

Effectif du personnel 1977  
(Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales)

Désignation	Maliens	Etrangers	Total
Médecins	175	62	237
Chirurgiens	5	12	17
Chirurgiens dentistes	11	1	12
Pharmaciens	18		18
Ingénieurs sanitaires	2		2
Assistants-Médecins	4		4
Prothésistes	4	1	5
Sages-femmes	268		268
Techniciens sanitaires	80		80
Techniciens de laboratoire	76		76
Techniciens de radiologie	17		17
Secrétaires médicaux	17		17
Infirmiers d'Etat	575		575
Infirmiers de santé (1er cycle)	1 415		1 415
Aides soignants	556		556
Matrones rurales	171		171
Matrones traditionnelles	75		75

soit : 1 médecin pour 26 617 habitants  
 1 chirurgien pour 317 077 "  
 1 chirurgien dentiste pour 525 693 "  
 1 pharmacien pour 350 462 "  
 1 sage-femme pour 22 761 "  
 1 infirmier d'Etat pour 10 970 "  
 1 infirmier de 1er cycle pour 4 458 "  
 1 ingénieur sanitaire pour 3 154 210 "



2.1.4 Statistiques Sanitaires

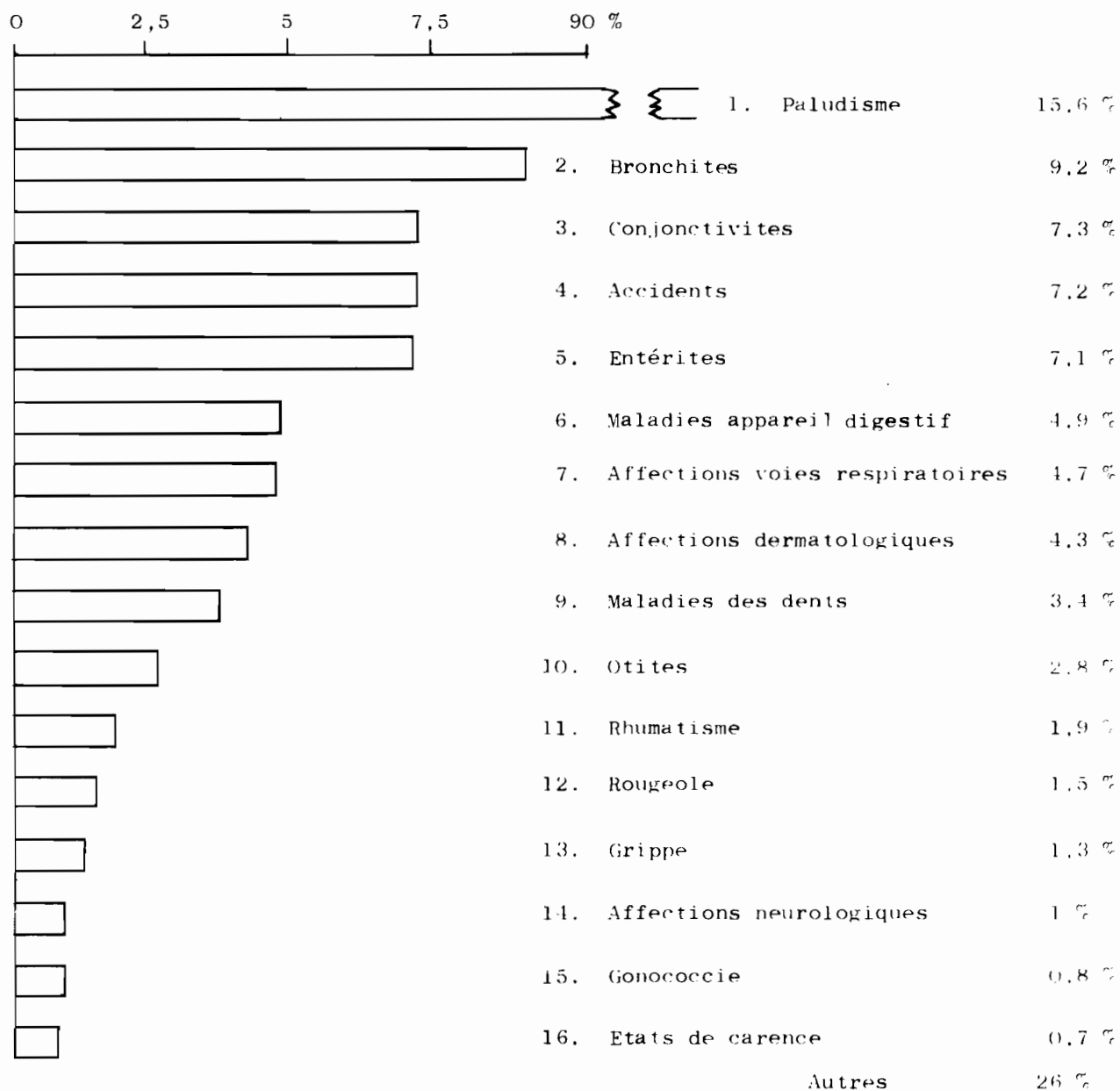
2.1.4.1 Morbidité

Les informations disposées provisoirement du Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales. Bien qu'elles soient peu fiables, elles donnent cependant une valeur indicative de la réalité.

Le Tableau 6 montre la morbidité générale au Mali (1974)

Tableau 6

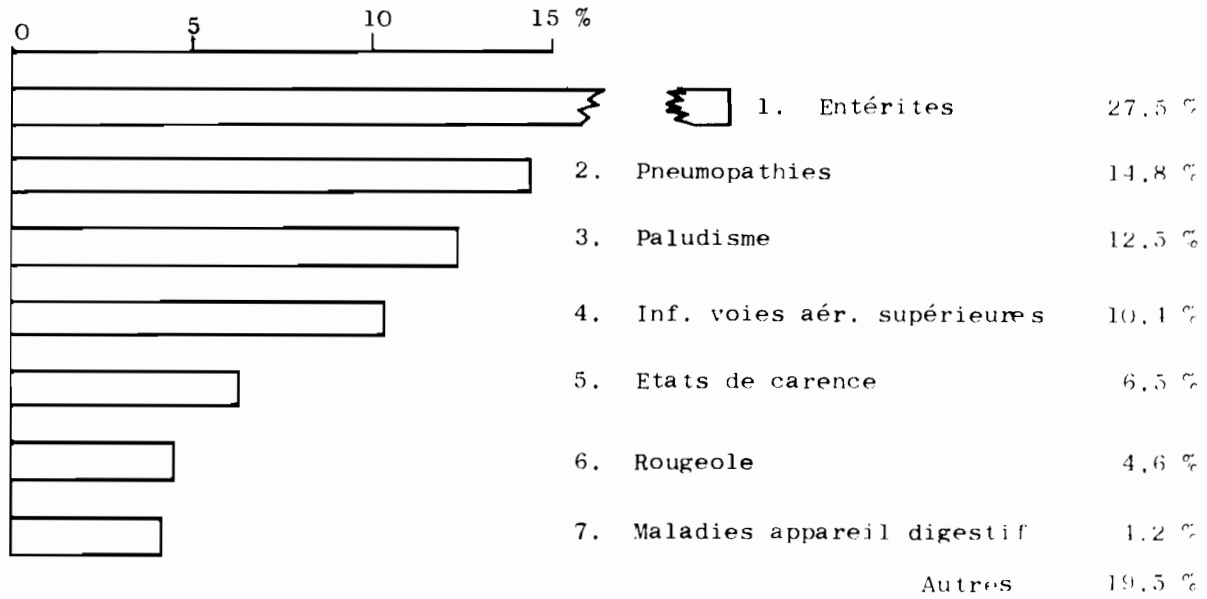
Morbidité générale constatée dans les circonscriptions médicales  
(Direction nationale de la Santé publique 1974)



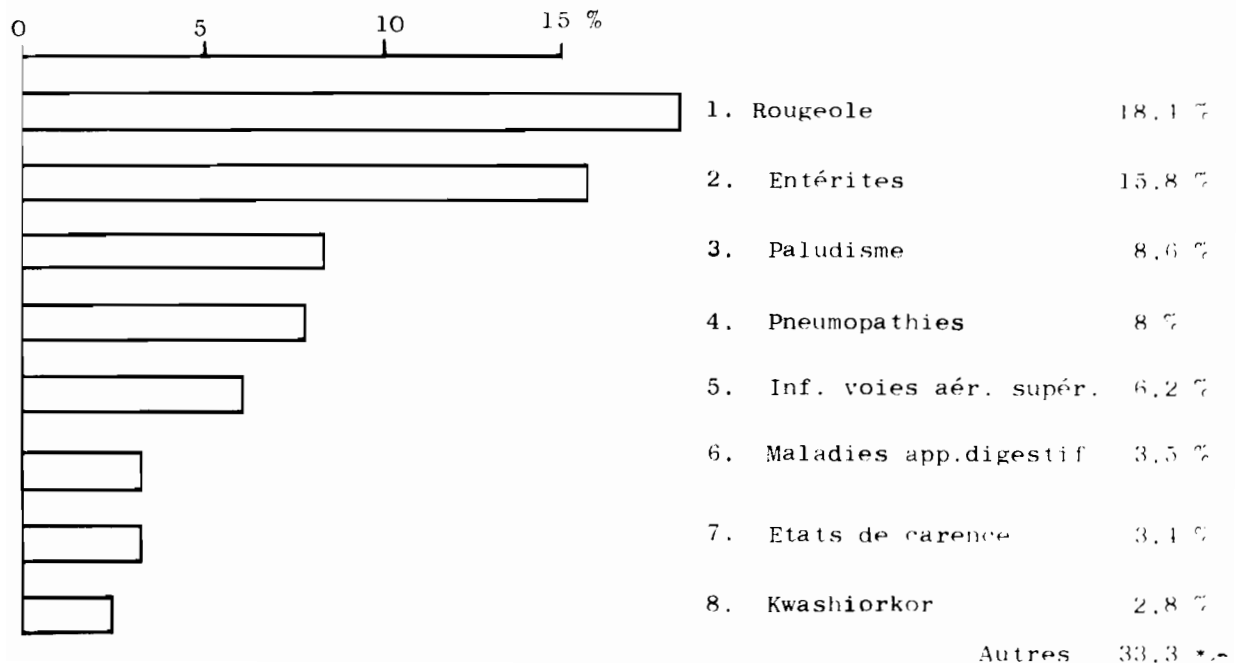
Le Tableau 7 donne la morbidité hospitalière au Mali  
(Statistiques Direction générale de la Santé 1974)

**Tableau 7**

**A. Morbidité moins de 1 an**



**B. Morbidité de 1 à 4 ans**



2.1.4.2 Mortalité générale au Mali

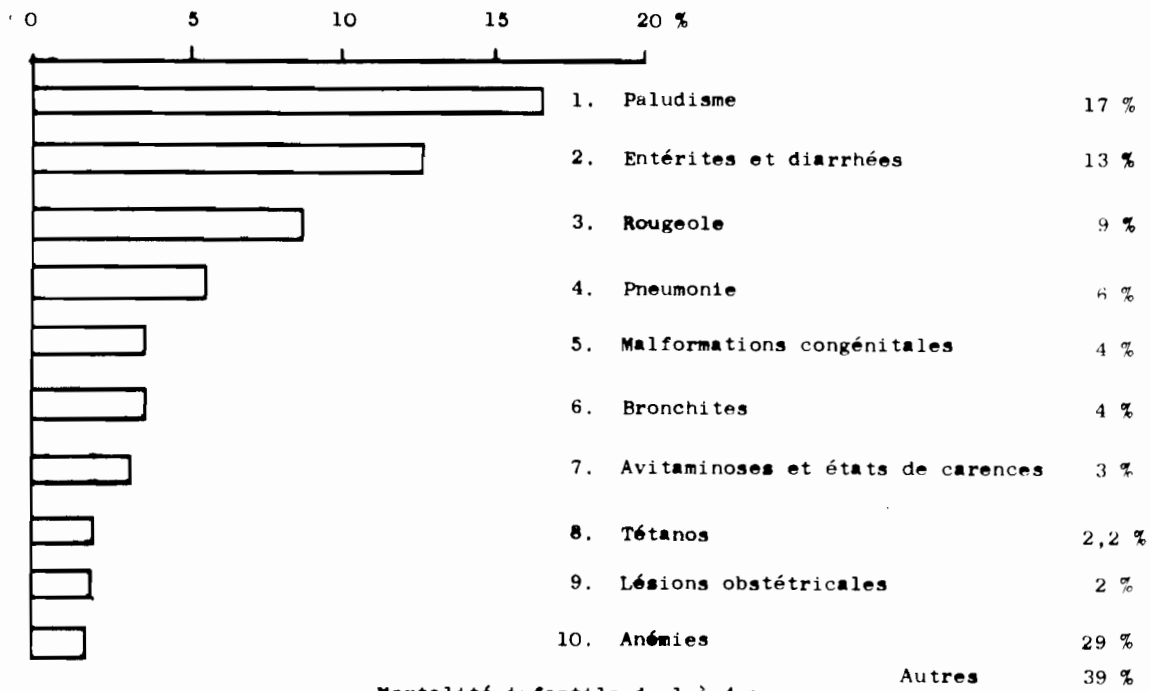
Une très forte mortalité dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans constitue un problème sanitaire capital pour le Mali. Les principales causes de mortalité selon l'âge se résument dans le tableau ci-dessous :

Mortalité infantile	Mortalité de 1 à 4 ans	Mortalité de 4 - 5 ans	Mortalité adultes
Paludisme	Rougeole	Entérites	Paludisme
Entérites et maladies diarrhéiques	Paludisme	Paludisme	Entérites et diarrhées
Rougeole	Entérites	Rougeole	Pneumonie
Pneumonie	Avitaminoses et autres carences	Pneumonie	Bronchites

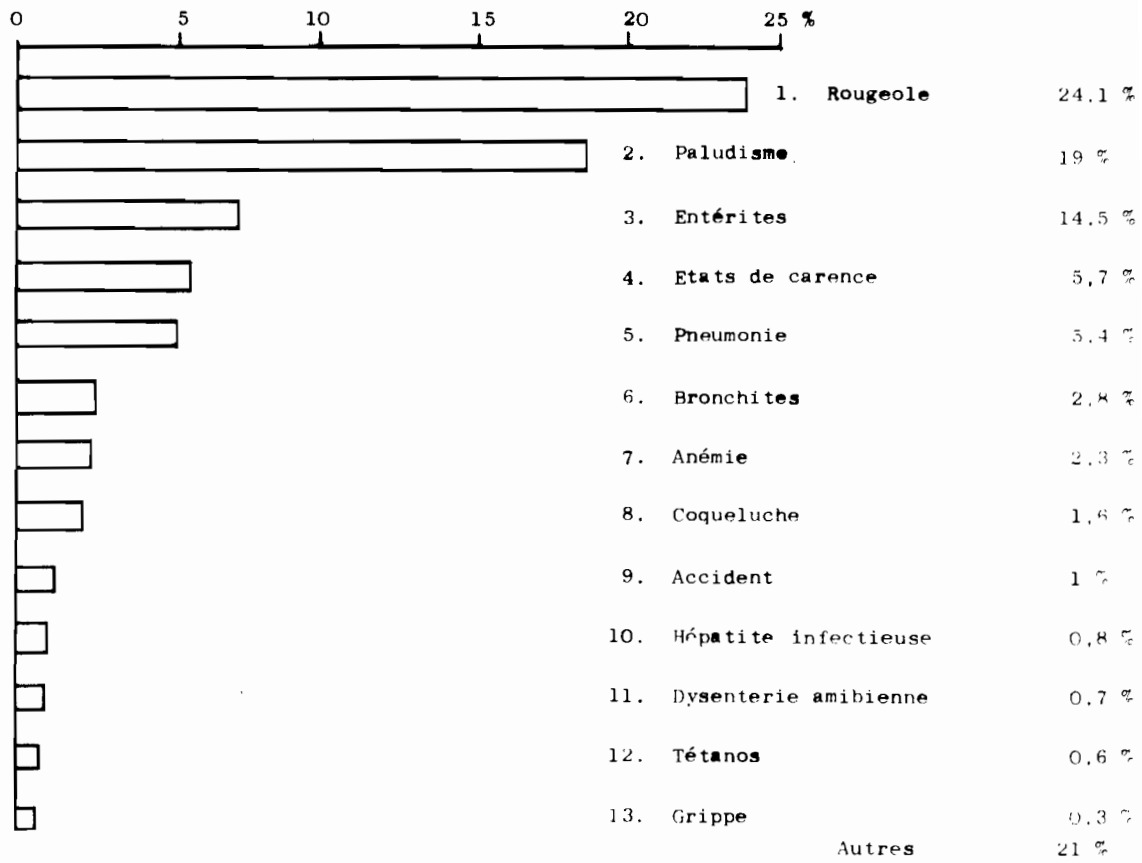
Les Tableaux 8 et 9 montrent les taux de Mortalité au Mali.



**Tableau 9**  
**Mortalité infantile de 0 à 1 an**  
 (Statistiques Direction générale de la Santé 1974)



**Mortalité infantile de 1 à 4 ans**  
 (Statistiques Direction générale de la Santé 1974)



2.1.5 Budget de la Santé (1978)

- le budget global de la santé s'élève à 3 807 967 000 francs maliens
- le personnel absorbe 58,53 %, soit 2 228 788 000 francs maliens
- les matériaux et médicaments totalisent : 1 579 169 000 francs maliens, soit 41,47 % du budget global.

Tableau 10

Budget de la Santé (1974)  
(Direction nationale de la Santé publique)

Budget annuel		3 807 967 000	100 %
dont	Personnel	2 228 807 000	58,53 %
	Matériaux et Médicaments	1 579 169 000	41,47 %

soit 605 FM par habitant et par an, dont  
349 FM pour le personnel, et  
256 FM pour le matériel

Répartition du Budget - Matériaux et médicaments (1 425 722 000 FM)				
Dénomination des chapitres	% de la totalité	Répartition	% du chapitre	Pourcentage de la totalité
1. Centre de santé	37,1	2ème Région	19,5	7,2
		5ème Région	17,6	6,5
		6ème Région	16	6
		4ème Région	15,9	5,9
		3ème Région	15,7	5,8
		1ère Région	15,3	5,7
		Total	100	37,1
2. Hôpitaux	24,8	Point "C"	28,6	7,1
		Gabriel Touré	24,5	6,1
		Kati	6,8	1,7
		Autres hôpitaux	39	9,7
		Total	100	24,8
3. Médecine socio-préventive	19,9	Lutte anti-P	31	6
		Hygiène	24,9	4,8
		Grandes endémies	11,7	2,3
		Vaccination	10,6	2
		PMI Bko	10,6	2
		Méd, scolaire	5,3	1
		Hygiène mentale	4,2	0,8
		Service - Nutrition	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

Depuis neuf ans le degré de progression du budget de la santé diminue par rapport au budget d'Etat. Le Tableau de l'annexe 2 le montre.

Depuis neuf ans le degré de progression du budget de la santé diminue par rapport au budget d'Etat. Le Tableau de l'annexe 2 le montre.

## 2.2 Analyse de la situation sanitaire

### 2.2.1 Pathologie

Au Mali la pathologie générale est dominée par les maladies infectieuses, nutritionnelles et parasitaires.

Les principales causes de morbidité et de mortalité selon les statistiques enregistrées restent les maladies infectieuses (rougeole, méningites, entérites, etc.) et parasitaires (paludisme, etc.) Les chiffres que nous disposons sont à titre indicatif, leur valeur statistique étant relative.

- Le paludisme représentait en 1974 :

- 15,6 % des causes de la morbidité générale
- 13,6 % des causes de la mortalité générale
- 17 % des causes de la mortalité infantile de 0 à 1 an
- 19 % des causes de la mortalité des enfants de 1 à 4 ans.

- Les entérites représentaient en 1974 :

- 7,1 % des causes de la morbidité générale
- 12,7 % des causes de la mortalité générale
- 13 % des causes de la mortalité infantile de 0 à 1 an
- 14,5 % des causes de la mortalité des enfants de 1 à 4 ans.

- La rougeole est une des principales causes de décès des enfants en milieu rural. Elle représentait en 1974 :

- 10 % des causes de la morbidité générale
- 9 % des causes de la mortalité avant 1 an
- 24,1 % des causes de mortalité des enfants de 1 à 4 ans.

- La malnutrition et le mauvais sevrage sont causes de la forte mortalité dans le groupe d'âge de 0 à 5 ans :

- 3 % des causes de mortalité infantile avant 1 an
- 5,7 % des causes de mortalité des enfants de 1 à 4 ans.

Parmi les grandes endémies, il faut citer :

- la Lèpre : Elle pose un problème aigu : 105 704 cas ont été recensés en 1972 contre 89 936 en 1970 dans l'ensemble du pays.

- l'Onchocercose : Les résultats d'une prospection faite en 1972 montrent un grand nombre de cécités d'origine onchocerquienne dans la région de Kayes et le nombre de lésions oculaires est surtout important dans la région de Mopti.

- la Tuberculose : Une enquête radiophotographique effectuée de 1963 à 1965 a décelé un taux de morbidité de 25 %.

- la trypanosomiase : Elle représente un taux de 10,5 pour 100 000 habitants.

#### 2.2.2 Principaux obstacles à une meilleure couverture sanitaire

Les principaux problèmes de santé sont dominés par :

##### 2.2.2.1 Insuffisance budgétaire

Il est difficile de parvenir à une couverture sanitaire totale de la population avec le budget dont dispose actuellement le Ministère de la Santé. L'une des solutions possibles serait une prise en charge par la collectivité de ses problèmes de santé dans le cadre d'un développement multisectoriel intégré.

##### 2.2.2.2 La sous-médicalisation

L'insuffisance en personnel nécessite la révision de la stratégie actuelle de formation du personnel.

Quoique le nombre de médecins et de cadres sanitaires hautement spécialisés, le pays a surtout besoin de personnel auxiliaire capable de toucher la périphérie. En fait le problème aigu au Mali se pose surtout en raison de l'insuffisance du personnel auxiliaire. Former un médecin est coûteux et demande de nombreuses années. Par ailleurs, il refuse souvent de travailler en brousse ou son utilisation nécessite la création d'un certain nombre d'infrastructure souvent incompatible avec les besoins de la population locale. 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. On n'améliore pas la



santé d'une population en multipliant le nombre de médecins. Il vaut mieux avoir un personnel dépourvu de diplôme universitaire exportable mais répondant aux besoins propres du pays, que de former à grands frais des médecins pour des activités qui peuvent être confiées à d'autres catégories de personnel.

Répartition inadéquate du personnel :

On note une concentration de ce personnel dans les villes, créant même un sous emploi pour certains :

- sur 175 médecins, 62 % sont à Bamako
- sur 268 sages-femmes, 74 % sont à Bamako
- sur 1415 infirmiers de 1<sup>er</sup> cycle, 36 % sont à Bamako.

Le tableau 11 montre les répartitions du personnel à travers le pays (statistiques 1974).

Tableau 11  
 Personnel médical et para-médical au Mali  
 "Répartition à travers le pays"  
 (Statistiques de 1974)

Cercles dont le chef-lieu n'est pas également chef-lieu de région	Zone A Cercles sans médecin	Zone B Cercles avec médecin	Zone C Cercles ayant plus d'un médecin (AM - Hôpitaux)	Total, sauf cercle de Bamako	Cercle de Bamako	Total Mali	Médicins		Infirmiers d'Etat		Sages-femmes		Infirmiers 1er cycle	
							Nombre	Popul./Diplômé	Nombre	Popul./Diplômé	Nombre	Popul./Diplômé	Nombre	Popul./Diplômé
	23	13	5	41	1	42	0	1/45 000	46	1/120 000	17	213		
							13	1/37 000	46	1/87 000	20	216		
							36	1/12 500	78	1/36 000	27	195		
							49	1/28 135	170	1/74 734	64	624		
							80	1/4 000	107	1/2 000	189	361		
							129	1/18 000	277	1/2 000	253	985		

Implantation des grandes écoles de formation du personnel :

Les écoles de formation du personnel 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, pratique, hospitalier et sur le terrain. Les formateurs de l'Ecole de Médecine ont vu 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.

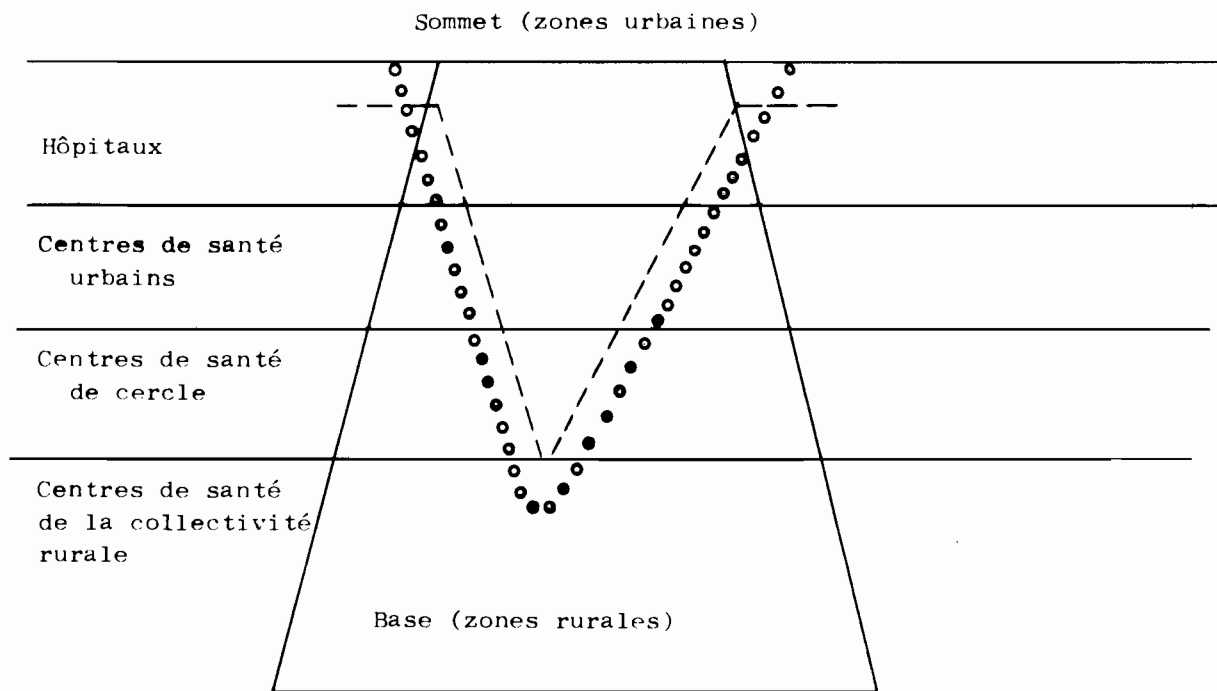
La création à Kolokani du centre d'enseignement et de recherche sur la médecine rurale est un fait positif. Désormais les étudiants en médecine compléteront leur enseignement en santé publique sur le terrain, et pourront par exemple apprendre à former des agents sanitaires de village, à recycler les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

Manque de personnel dans les zones rurales

Ces zones qui ont le plus besoin de personnel viennent d'être touchées par la formation du personnel et la couverture par le personnel formé.

La différence entre les zones urbaines (sommet) et les zones rurales (base) en matière de personnel et de formation s'explique par le schéma du Tableau 12.

Tableau 12



- Légende
- ..... Délimitation des besoins des collectivités
  - - - Couvertures des services en personnels
  - o o o Formation du personnel

La base qui a le plus besoin vient d'être touchée par la formation et la couverture par le personnel

### 2.2.2.3 Inadaptation du système classique de distribution des soins

"Les problèmes de santé dans le tiers monde offrent un exemple saisissant de l'inadaptation des modèles sanitaires occidentaux pour les sociétés en voie de développement." (Belloncle Guy, 1975).

Il est temps de constater l'inefficacité des systèmes traditionnels de santé qui ont été incapables de répondre avec tant soit peu d'efficacité au dénuement sanitaire des zones rurales.

Aujourd'hui l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu cet état de fait et a mis l'accent sur une nouvelle stratégie : Les soins de santé suscitent dans le monde de grandes déceptions dont il n'est pas difficile de discerner les causes. Les connaissances techniques actuelles permettraient d'assurer une meilleure santé, mais malheureusement, dans la plupart des pays, elles ne sont pas exploitées au mieux dans l'intérêt du plus grand nombre. Les ressources sanitaires sont affectées en milieu urbain. Outre ce qu'elle a de socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur des portions limitées de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. En fait, l'amélioration de la santé est actuellement assimilée à la fourniture de soins médicaux par un nombre croissant de spécialistes qui appliquent des technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité de privilégiés. Simultanément, dans le monde entier, les groupes défavorisés n'ont accès à aucune forme de santé. Or ces groupes totalisent les 80 % de la population du globe, vivant principalement dans les zones rurales. Parfois même si les équipements de santé sont d'un accès aisé, les contraintes financières les mettent hors de portée de ceux qui en ont besoin.

"Nous savons aujourd'hui que les problèmes que posent la protection sanitaire des populations ne peuvent être attribués à des causes isolées, mais sont dus à un ensemble de facteurs qui se conjuguent et influent les uns sur les autres : facteurs sanitaires et nutritionnels, facteurs géographiques, démographiques, facteurs psycho-culturels, socio-économiques et politique ...

"Plus que jamais, l'action sanitaire doit être globale et considérer la personne humaine dans toute sa complexité." (Berthet, E., 1975).

Les systèmes sanitaires classiques sont souvent conçus en dehors des grands courants du développement socio-économique. Ils se limitent fréquemment à la prestation des soins médicaux lors même que l'industrialisation crée des problèmes de santé dont la maîtrise déborde largement le champ des soins médicaux.

Depuis plusieurs années la préoccupation des services de santé était de parvenir à la "santé" dans le sens d'une absence de maladie. Malheureusement le problème de 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 abstraction du contexte socio-économique et culturel du malade, pour ne considérer que sa maladie.

En ignorant la coordination et l'interréaction de tous ces éléments, l'acte de soigner reste superficiel et risque d'être aléatoire. Ainsi, la plupart des systèmes classiques de soins de santé deviennent de plus en plus complexes et coûteux et sont d'une pertinence sociale douteuse. Quelques uns des pays développés en sont eux-mêmes venus à prendre conscience de la disparité entre le coût élevé des prestations fournies par ces systèmes et le peu d'intérêt qu'en retire la santé.

En matière de médecine socio-préventive, les grandes endémies et l'éducation pour la santé et nutritionnelle ont des moyens réduits. Ceci 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, etc.

Actuellement, les services sanitaires souffrent de :

- manque d'adaptation avec les réalités locales : l'image des établissements qu'on a essayé de transplanter dans nos régions est loin de répondre à la demande et aux besoins des collectivités concernées;
- trop forte concentration de la médecine curative aux détriments de l'action sanitaire préventive où les activités de promotion de la santé devraient jouer un rôle prépondérant;
- inadaptation entre les activités sanitaires et les autres activités socio-économiques dans le cadre de développement communautaire;
- personnel mal formé et trop distant de la population pour être vraiment à sa disposition.

Le paysan 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. Ce qui diminue vraiment le degré d'acceptabilité des services sanitaires. Où va donc ce paysan malade ? Chez les guérisseurs du village, chez qui il trouvera peut-être la sécurité, la confiance et un traitement plus efficace mais sûrement plus économique.

Pour parvenir à des solutions efficaces et adaptables aux conditions socio-culturelles du pays il faudrait tenir compte de tous les éléments de développement en général. Dans les pays en voie de développement, le développement économique, les actions de lutte contre la pauvreté, la production alimentaire, l'eau, l'assainissement, le logement, la protection de l'environnement et l'éducation concourent tous à la santé et ont pour objectif commun le développement humain.

#### 2.2.2.4 Manque de coordination entre les différents secteurs socio-économiques

Etant donné que les problèmes de santé sont en corrélation étroite avec le développement en général, un mécanisme de coordination interministérielle s'impose. Cela peut être illustré en prenant comme exemple l'éducation pour la santé qui implique la collaboration entre le ministère de la santé, qui conserve un rôle de catalyseur dans ce domaine, le ministère de l'éducation nationale pour l'hygiène générale à l'école, le ministère du développement rural pour les implantations sanitaires des barrages en projet d'irrigation, le ministère des travaux publics pour ses installations d'assainissement. D'où la nécessité d'avoir des comités interministériels chargés de réfléchir sur les problèmes de développement intégré incluant la santé et de proposer des solutions adaptées aux réalités locales.

3. ESSAIS DE SOLUTION



### 3.1 Intégration des activités préventives et curatives

L'intégration des activités préventives et curatives représente une des solutions de lutte contre la pathologie. 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, le système intégré est responsabilisant. C'est-à-dire que le personnel sera à la fois chargé du traitement des malades et de la prévention des maladies.

### 3.2 Autosuffisance sanitaire

#### 3.2.1 Concept d'autosuffisance sanitaire

Nous entendons par ce concept "la possibilité de subvenir à ses propres besoins dans le domaine sanitaire en ayant recours à ses propres ressources, ses propres efforts et en ne comptant sur l'aide extérieure en cas d'urgence.

Au Mali, dès mars 1976, un travail de recherche a été entrepris avec des étudiants en médecine dans le Cercle de Kolokani afin d'établir un programme d'action et ses modalités d'application. L'objectif à atteindre était la couverture sanitaire de la population, les besoins matériels, humains et autres devant être pris en charge en priorité par la population afin d'arriver à une autogestion, un autofinancement voire l'autosuffisance dans le domaine sanitaire.

Tois niveaux d'intervention ont été choisis :

- le village;
- le secteur de base<sup>1</sup>;
- l'arrondissement.

Le but était de former une équipe de santé ayant le village comme rayon d'action. 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.

---

<sup>1</sup> Un secteur de base rassemble 5 à 10 villages autour d'un dispensaire et d'une maternité construits par la population.

Ce concept n'est pas d'ailleurs nouveau, il a toujours existé mais sous une autre appellation : les guérisseurs de village, les féticheurs de village, les accoucheuses de village, les sorciers, les marabouts de village, etc. Aujourd'hui l'influence de ces agents de santé traditionnels a été reconnue. Ils doivent oeuvrer tous pour le bien-être de la collectivité.

Le service de santé villageois demeure la propriété du village. Son personnel doit 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 seront 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 nouvelles connaissances.

La composition de l'équipe de santé a été arrêtée selon le schéma suivant :

- Au niveau du village

Une équipe de santé villageoise est mise en place qui comprend :

- des agents sanitaires de village;
- des animatrices de village;
- des accoucheuses traditionnelles;
- un comité de santé villageois, constitué par le conseil de village élargi des représentants de l'union des femmes et de l'union des jeunes.

L'équipe de santé du village prend en charge les problèmes de santé du village en collaboration avec les structures sanitaires des niveaux supérieurs.

- Au niveau du secteur de base

A son niveau, la santé est assurée par :

- une équipe de santé de secteur composée :
  - d'un aide soignant;
  - d'une matrone rurale;
- un conseil de santé de secteur qui comprend les représentants :
  - des conseils de villages du secteur;
  - de l'union des femmes du secteur;
  - de l'union des jeunes du secteur.

Ce conseil est chargé de l'ensemble des activités concernant tout le secteur et supervise le fonctionnement de la maternité et du dispensaire.

- Au niveau de l'arrondissement

L'équipe de santé se compose :

- de l'infirmier de l'arrondissement (infirmier de 1er cycle);
- d'un comité de santé d'arrondissement qui supervise l'ensemble des activités sanitaires au niveau de l'arrondissement. Le comité est chargé de préparer avec l'infirmier, le médecin de l'assistance médicale, le programme sanitaire pour l'année à venir et de le défendre devant le conseil d'arrondissement afin qu'il l'accepte, analyse les contraintes en argent, matériaux, travail et approuve les mesures à prendre. Il participe au conseil de santé du cercle.

3.2.2 Conditions nécessaires pour obtenir l'autosuffisance

3.2.2.1 Utilisation en priorité des ressources locales

L'autosuffisance a cette qualité de reposer sur les ressources locales (humaines, matérielles et financières) de la collectivité. Cette dernière doit participer activement à la réalisation de tous ses projets locaux de développement, car elle est désormais responsable de sa propre destinée, de sa propre santé et de son développement. Cette responsabilisation est un facteur sûr de garantie et de réussite car, jusqu'à maintenant, la participation des populations est restée passive face à ses propres problèmes sanitaires. Ceci a eu comme résultat un sentiment de désintéressement et même de refus complet enraciné dans les mentalités et dans les comportements.

### 3.2.2.2 Utilisation d'une technologie appropriée

L'autosuffisance fait appel à des services simples, efficaces, peu coûteux et répondant à deux besoins fondamentaux :

- "où puis-je aller lorsque je souffre ? chercher un soulagement;"
- "que puis-je faire pour mener une vie saine" ?

L'utilisation d'une technologie appropriée est une condition importante pour le succès des actions de santé. Par technologie nous entendons une association de méthodes, de techniques et de matériels qui, avec les agents qui les utilisent, peuvent contribuer notablement à la résolution du problème de santé. Par appropriée nous voulons dire que la technologie, outre qu'elle est scientifiquement valable, est acceptable pour ceux qui la mettent en oeuvre et pour ceux au profit de qui elle est appliquée. Ca signifie que la technologie doit être compatible avec la culture locale. Il y a en outre intérêt à ce qu'elle soit assimilable et applicable par les agents de santé de la collectivité.

Exemples : L'agent de santé de la collectivité doit avoir dans son dispensaire des médicaments et matériels utilisables dans la collectivité. Par exemple des nivaquines, aspirines, collyres, bandes, mercurochrome, alcool pour les affections mineures de la collectivité. La matrone rurale doit apprendre à faire la stérilisation de son matériel d'accouchement (pinces, ciseaux, fils) avec une casserole qu'elle mettra sur le feu.

### 3.2.2.3 Formation adaptée aux conditions sanitaires locales d'un personnel issu de la collectivité

L'autosuffisance fait appel à des pratiques concourant aux biens de la collectivité. Ainsi il ne doit pas avoir d'opposition entre la pratique de la médecine moderne et les pratiques des guérisseurs lors de sa mise en place et de son fonctionnement.

Les pratiques de la médecine traditionnelle qui ont fait leurs preuves doivent être acceptées. L'Etat formera ainsi des agents de santé, les cas dépassant leur compétence seront pris en charge au point de vue diagnostic et traitement par les structures sanitaires supérieures. Ces agents seront choisis par les collectivités qu'ils sont appelés à servir. Le choix est fait parmi les habitants de la localité ou du village en raison des qualités et de la confiance que la personne intéressée inspire à la communauté.

#### 3.2.2.4 Participation active de la population aux actions entreprises

La participation de la collectivité représente une des conditions essentielles de l'autosuffisance. En effet il apparaît de plus en plus 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 reposant sur la passivité de la population (vaccination faite de force, construction de maternité, etc.) ne peut aboutir à des résultats à long terme et les résultats à court terme sont trompeurs. Le principe de participation est la clé de tout développement, d'ailleurs elle n'est pas spécifique à la santé, elle se retrouve dans tous les autres secteurs de développement (agriculture, élevage ou éducation, etc.).

#### 3.2.3 Soins de Santé Primaires : Stratégie permettant de parvenir à l'autosuffisance.

##### 3.2.3.1 Définition des SSP:

L'OMS définit les SSP comme "Une approche de l'action sanitaire au niveau de la collectivité tous les éléments nécessaires pour améliorer l'état de santé de la collectivité. 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 à la fois des services simples, efficaces sur le plan coût, des techniques aux intéressés et qui contribuent à l'amélioration des conditions de vie des individus, des familles et de la collectivité toute entière."

##### 3.2.3.2 Principes généraux énoncés par l'OMS

- "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."

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

- "Les activités de SSP doivent être intégrées à celles des autres secteurs de développement communautaire : agriculture, éducation, travaux publics, habitats et communications."

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

- "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."

- "Les SSP doivent consister en un ensemble intégré des services prévention, promotion de santé, médecine curative et réhabilitation s'adressant à la fois à l'individu, à la famille et à la collectivité toute entière."

- "Les prestations sanitaires doivent être dispensées à l'échelon le plus périphérique des services de santé par les agents qui y sont le mieux préparés."

- "Dans chaque pays, avoir une approche originale : il n'y a pas de modèle unique."

- "Intégrer si possible les systèmes traditionnels de prestations des services généraux."

- "Les prestations sanitaires doivent faire suite à une volonté et à une décision nationale ferme."

### 3.2.3.3 Revue de quelques expériences maliennes et étrangères

Ces expériences ne sont que des exemples pris parmi de nombreux d'autres. Pratiquement dans chaque pays il existe des expériences ponctuelles de développement communautaire où la population a pris en main la responsabilité de ses problèmes sanitaires.

#### EXPERIENCE DE BAGUINEDA

Généralités : L'arrondissement de Baguineda est situé à 35 km à l'Est de Bamako entre le grand axe routier Bamako-Mopti. Il compte 37 975 habitants repartis entre 65 villages sur une superficie de 1350 km<sup>2</sup>. L'expérience a démarré en 1972. De 1972 à 1975 la contribution de l'UNICEF est estimée à cinq millions de francs maliens. Actuellement le financement et l'entretien des services sanitaires relèvent uniquement du Ministère de la Santé.

Objectif : L'arrondissement a été 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.

Activités : En matière de soins de base une expérience a été entreprise 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 enquêtes faites dans ces villages par l'équipe du centre, il a été reconnu que les habitants entreprenaient certaines actions positives, telles que le balayage des villages, déposition des ordures loin des habitations en dehors du village. Ces actions sont à encourager afin qu'elles aident à motiver les villages limitrophes. 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 repartis comme suit :

- 2 agents d'assainissement dont une femme et un homme;
- 1 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, 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 personnel de l'habitat et du village;
- l'eau : les maladies de l'eau, le puits, les marigots 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 de l'enfant, de l'adulte.

Conclusion : Importance de l'éducation pour la santé et de la participation de la communauté.

Résultats : 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 situé est à 5 km du centre et doté de 3 à 4 puits et 3 latrines. 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 ceux existant sont bien entretenus. Il existe des fosses pour les ordures. Des journées d'action collective sont consacrées à la salubrité du milieu.

Les femmes enceintes des villages ont toutes pris l'habitude de venir à la maternité de Baguineda quelques jours avant l'accouchement.

#### EXPERIENCE DE SANANKOROBA

Généralités : L'Arrondissement de Sanankoroba est situé à 30 km de Bamako sur le grand axe routier Bamako-Sikasso avec une population de 32 028 habitants repartis entre 58 villages. Le centre est placé sous l'égide de la Direction nationale de la Santé publique et des Affaires sociales qui mène des activités de développement communautaire.

Objectif de ce Centre : La mise en place de structures dites de base au niveau des villages, destinés à mener des actions sociales, pour le bien-être de l'ensemble de la communauté.

Activités : 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 refléter sur l'ensemble des problèmes locaux qui peuvent surgir.

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

- 2 animatrices d'assainissement;
- 2 accoucheuses traditionnelles;
- 2 puéricultrices;
- 2 seconristes.



Les équipes d'animation sont soutenues dans leur travail par un comité d'action de village constitué de six personnes par village.

Les agents 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 meilleure hygiène générale. Les deux accoucheuses traditionnelles ont reçu auparavant une formation qui leur permet d'améliorer leurs anciennes méthodes d'accouchement. Elles possèdent un cahier d'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, des soins alimentaires simples aux bébés. Elles possèdent un cahier pour la nivaquinisation. Ne pouvant comptabiliser la quantité donnée et le nombre d'enfants nivaquinisés, elles procèdent de la façon suivante : Avant de commencer la nivaquinisation, elles se procurent de gros tas de cailloux et pour chaque comprimé de nivaquine donnée 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 inscrit sur le cahier. Les deux secouristes sont chargés uniquement des cas urgents du village tant dans le domaine sanitaire que social.

Résultats : Le nombre des animatrices bénévoles a augmenté de même que celui des secouristes dans l'ensemble de l'arrondissement. Il est de 312 pour les animatrices et 120 pour les secouristes. Le nombre a augmenté parce que la collectivité a vu l'intérêt de ces agents de santé dans la collectivité. En dehors de cela la construction d'une maternité de 12 lits est à noter. Son coût s'élève à 4 650 000 francs maliens pour lesquels la population à contribuer pour 1 500 000, le Gouvernement 800 000 et l'UNICEF 300 000 francs maliens.

#### DEPARTEMENT DE MARADI (NIGER)

Le Département de Maradi fait partie de la zone méridionale de la République du Niger. Il compte 700 000 habitants.

Ses secouristes hygiénistes de village et ses matrones ont été recyclés.

La morbidité est dominée par une pathologie infectieuse, parasitaire et nutritionnelle.

L'action des services sanitaires ne touche que 15 % de la population du Département, alors que 85 % ont recours exclusivement aux guérisseurs traditionnels. Cette insuffisance de couverture sanitaire est due à la passivité du personnel de santé qui attend le plus souvent les malades aux dispensaires en ignorant les problèmes locaux de santé publique. Cette situation est principalement due au fait que sa formation a été orientée exclusivement vers une médecine curative.

Stratégie adoptée en faveur des populations rurales : Depuis 1966, les services de santé du Département de Maradi avec ceux de l'animation rurale mènent conjointement 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 du village formées de deux secouristes hygiénistes bénévoles travaillant à temps partiel et quelques matrones, ces 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."

Les secouristes hygiénistes et les pharmacies de village : Leur choix est laissé à l'initiative de la collectivité villageoise qu'ils doivent servir. Le secouriste doit être un résidant du village, 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 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. Pour accomplir leurs tâches, une pharmacie de village est affectée à chaque secouriste hygiéniste. Elle contient antiseptiques, collyre, aspirine, chloroquine, etc. Certains de ces produits sont vendus aux patients et cet argent doit servir en renouvellement du stock pharmaceutique. Les médicaments de départ sont payés par le budget de la circonscription.

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 la pharmacie.

Il est à souligner que le secouriste hygiéniste est bénévole mais reçoit de la part des villageois des denrées alimentaires et d'autres cadeaux conformément à la tradition.

Formation des matrones : Dans le Département de Maradi la présence de matrone n'a pas amélioré la mortalité maternelle et infantile. D'où une nécessité de leur recyclage. 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. Sa formation porte sur les phases d'accouchement, les soins prénataux et postnataux, l'hygiène de l'accouchement, l'alimentation de la femme enceinte, technique de sevrage et enregistrement des naissances. A la fin du stage, elles subissent un contrôle de connaissance et les plus capables reçoivent une affectation et une trousse de sage-femme type FISE. Elle est supervisée par l'infirmier du dispensaire qui contrôle ses activités tous les mois. Elle reçoit aussi, bien que bénévole, des cadeaux selon les traditions locales.

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 d'un développement global;"
- "participation des collectivités locales (autoassistance) en tant qu'instrument de libération et de développement social;"

- "mobilisation pour la puissance publique de toutes les ressources disponibles afin d'éliminer la misère, l'ignorance et la maladie."

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

Développement des personnels et ressources : 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 (centres de santé et dispensaires ruraux), dont les activités sont de trois ordres :

- le diagnostic et le traitement des maladies;
- la santé maternelle et infantile;
- la salubrité de l'environnement.

Le personnel de santé comprend quatre catégories :

- l'auxiliaire de santé maternelle et infantile assume 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 une formation ne consistant pas en des études de médecine "allégée", mais en une formation adaptée aux besoins du travail au niveau du dispensaire;
- l'assistant médical (responsable du centre de santé), après 11 années d'études générales, doit suivre un cours de formation de trois ans axé sur les sciences médicales de base (médecine clinique et médecine des collectivités).

Cette expérience reflète à plusieurs titres ce dont est capable un pays à ressources limitées comme la Tanzanie qui a fait preuve d'originalité et d'efficacité pour assurer la santé au niveau de ses collectivités. La stratégie qui en ressort est claire. 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.

## PRESTATIONS SANITAIRES EN REPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE

Les principes de distribution des soins en République populaire de Chine sont les suivants :

- "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, les soldats."
- "Accent mis en particulier sur les zones rurales où vivent 70-85 % des chinois."
- "Les services doivent être basés sur le recours aux ressources de la collectivité et sur la participation de tous ses membres."
- "Importance primordiale accordée à la médecine préventive en association avec la médecine curative occidentale et traditionnelle."
- "Inculcation de nouvelles attitudes sociales aux personnels sanitaires professionnels et réduction de la distance sociale séparant les agents de la santé, de la population qu'ils servent."
- "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 améliorer."

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

Au niveau de l'équipe de production les soins sont assurés par 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 les stations sanitaires rudimentairement équipées. Ils peuvent aussi assurer des soins dans les champs à l'aide de leur trousse médicale.

Au niveau de la brigade de production (groupe de 10-20 équipes de production) : les soins sont assurés par les médecins "aux pieds nus" avec des stations mieux dotées. Les activités comprennent : vaccinations, éducation pour la santé et le traitement des maladies mineures. Des sages-femmes y sont aussi pour effectuer des accouchements normaux et la contraception.

Au niveau de la commune qui représente l'échelon administratif officiel élémentaire dans les zones rurales. Elle possède un hôpital et un dispensaire qui reçoivent les évacués des stations sanitaires de brigade. On y trouve des médecins pratiquant la médecine moderne et des médecins pratiquant la médecine chinoise traditionnelle, assistants médicaux, infirmiers.

Au niveau de la circonscription et de la province. Toutes possèdent des hôpitaux et des dispensaires.

Personnel de santé : A côté des agents à plein temps qui sont les agents médicaux supérieurs (médecins pour la médecine occidentale et chinoise, stomatologues, pharmaciens, etc.) et les agents médicaux intermédiaires (assistants médicaux, infirmiers), 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 et travailleurs médicaux rouges) ne sont pas considérés comme des travailleurs sanitaires.

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.

### 3.3 Participation de la population à l'autosuffisance sanitaire

#### 3.3.1 Définition de la notion de participation à l'autosuffisance

La participation à l'autosuffisance sanitaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la collectivité, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la collectivité.

En effet participer à l'autosuffisance sanitaire c'est prendre une part active à la réalisation de ce mieux être. Nous entendons par là toute action consciente et responsable dans le sens susmentionné.

Conscience : La population doit prendre conscience de ses problèmes, des voies et moyens à sa portée pour résoudre ces problèmes en vue d'atteindre un devenir meilleur.

Responsable : La population doit être capable de prendre en toute liberté une décision, des initiatives à concevoir un programme et de les réaliser par elle-même.

L'idée, que les membres d'une collectivité peuvent identifier les problèmes qui leur sont communs et collaborer ensemble à leurs solutions, existe depuis que l'homme a commencé à vivre en collectivité.

La plupart des sociétés possèdent une tradition de participation au niveau local par l'intermédiaire des conseils de villages ainsi que de diverses assemblées. Si les progrès techniques et l'urbanisation ont modifié quelque peu cette situation, de nombreux pays adoptent aujourd'hui pour le développement local des approches nouvelles fondées sur les formes traditionnelles de participation des populations.

### 3.3.2 Types de participation

#### 3.3.2.1 Participation organisée

Ici les populations identifient elles-mêmes leurs besoins, se fixent des objectifs et s'organisent en conséquence pour satisfaire à ces besoins et atteindre ces objectifs. Dans cette participation, c'est la volonté de se "tirer d'affaire" par les moyens dont elles disposent et cela sans contrainte extérieure qui est importante.

Généralement, quand l'initiative n'est pas bloquée, les populations arrivent à entreprendre et à réaliser des activités correspondant aux besoins ressentis, et d'améliorer ainsi leur bien-être. Il s'agit de besoins d'aménagement, d'équipement ou d'actions visant à l'amélioration des conditions de vie :

- creusement de puits;
- construction d'une école;
- action de salubrité du village, etc.

Ces réalisations se font très souvent dans une ambiance de fête (avec tam-tam, chants et danse) parce que non imposées et ressenties par les populations comme une réponse à leurs problèmes communs. Ces travaux sont le plus souvent guidés par trois principes fondamentaux :

- l'identification des besoins par les villageois eux-mêmes et la perception du bien-être entre la satisfaction de ces besoins et leur intérêt;

- la notion de responsabilité : dès la prise de décision, la responsabilité collective engage l'honneur de chaque participant;
- le volontariat : le volontariat est un principe fondamental dans les actions de participation en milieu rural. Une mauvaise foi se manifeste dès l'instant qu'une pression extérieure est sentie.

### 3.3.2.2 Participation passive imposée

Nombre de nos pays ont des Etats à vieille tradition de participation de la population. Cette tradition consiste à faire participer les populations à des réalisations concrètes tendant à améliorer leur propre condition de vie. Mais, il faut noter que c'est une participation qui ne se manifeste qu'à la phase d'exécution, l'élaboration et la prise de décision échappant totalement aux populations : les populations jouent un rôle uniquement "exécuteur". Cette participation ne comporte aucun intérêt commun direct avec la population et elle est ressentie par celle-ci comme une structure dont il faut se méfier. Nous qualifions cette participation de "participation extérieure" c'est-à-dire qui s'impose de l'extérieur : les populations ne participent jamais à la prise de décision, les "spécialistes" conçoivent et décident les projets à réaliser. Et nous voulons que les paysans participent pleinement à la réussite de ces projets, en pensant que si les objectifs seront atteints, ils seront plus heureux. S'ils ne suivent pas, nous en déduisons qu'ils n'ont rien compris et qu'ils sont difficiles. Nous les situons dans un monde trop simpliste et trop sectorialisé alors que le monde du paysan est complexe et global où tout est lié : la satisfaction des besoins alimentaires, les coutumes, les traditions et les interrelations sociales. D'où l'échec de beaucoup de nos projets.

### 3.3.3 Les options du Mali

La participation des populations en vue d'améliorer leurs conditions de vie est une vieille tradition au Mali. A toutes les époques de son histoire, il a été fait appel au dynamisme des forces populaires pour procéder à des réalisations concrètes. C'est une participation qui se manifeste seulement à l'exécution des réalisations, la prise de décision échappant totalement aux populations. Ceci a été une des causes de la non-réussite des premières actions de participation.



Depuis l'indépendance, dans le souci d'assurer une participation des populations à la santé, nos dirigeants ne cessent de rechercher les structures adéquates pour la mise en oeuvre d'actions de développement dont la santé est un élément essentiel.

En effet après les évènements du 19 novembre 1968 et devant la gravité de la situation économique et financière, le Mali s'est engagé dans une politique de planification : "La recherche d'un développement généralisé et harmonieux du pays, de toutes les régions, de tous les secteurs de l'économie et de toutes les classes sociales".

Récemment la Commission nationale de Réforme administrative (CNRA) a soumis au Gouvernement un projet de réforme globale de l'Administration régionale et locale tendant à la mise en place d'une administration de développement. Un des aspects essentiels de cette réforme consiste à donner à la participation des populations un support institutionnel afin qu'elle puisse être pleinement efficace, dynamique et responsable. L'institutionnalisation de la participation est considérée par la CNRA comme la pierre angulaire de la réforme administrative régional et locale et la chef d'une administration de développement.

Le Chef de l'Etat, dans son allocution du 22 septembre 1974, disait que cette réforme "doit faire de notre administration, une administration de développement par la participation effective des populations à la définition et à la réalisation des objectifs de développement au niveau du village, de l'arrondissement, du cercle et de la région. Cet objectif n'est plus laissé au hasard aux circonstances à des initiatives discontinues ou isolées. Il n'est pas possible non plus d'entreprendre simultanément toutes les actions nécessaires à la fois, qu'il s'agisse d'initiatives nationales ou d'initiatives émergeant des populations, d'actions urgentes et moins urgentes, le tout doit être serti dans un processus permanent d'une planification mûrement réfléchi".

Des options citées ci-dessus en ce qui concerne la participation des populations, peut être déduite l'orientation suivante :

La participation des populations se manifestera dans l'exécution des plans et programmes et elle se manifestera aussi dans l'élaboration des décisions relatives aux objectifs à atteindre. Elle est donc conçue d'une manière particulièrement dynamique associant à la conception tous ceux qui participeront à l'exécution.

### 3.3.4 Fondements de toute participation de la collectivité

Certains principes de fondements sont nécessaires pour réussir une bonne participation de la collectivité. Ces principes sont :

#### 3.3.4.1 Connaissance de la collectivité

La connaissance des caractéristiques psycho-sociales et culturelles est l'une des raisons imposantes pour la réussite de toute action participative visant à l'amélioration des conditions de vie des collectivités.

Les collectivités sont des sociétés hiérarchisées et de dialogues : Aucune décision sérieuse ne peut être prise sans une large consultation de tous les villageois. Les rencontres se situent à trois niveaux. Les hommes (adultes et vieux), les femmes et les jeunes.

La palabre, discussion collective, est escamotée et semble être ignorée de l'administration et des structures d'intervention. Cet arrière fond culturel et traditionnel est très propice à une bonne réussite participative. En conséquence, il serait hautement souhaitable de revitaliser cette pratique traditionnelle du dialogue, très ancrée dans les mentalités.

Ce sont des sociétés alphabétisées et dominées par leur traditionalisme. Les moeurs et les coutumes y tiennent une place prépondérante. Par exemple dans le cercle de Kolokani, "les femmes de certains villages ne viennent pas accoucher dans les maternités parce que la coutume interdit la traversée d'un narigot par un enfant de moins de trois mois".

Ce sont des sociétés souvent conflictuelles. Le développement engendre des tensions entre les membres de la société, entre tradition et modernisme. Dans un secteur de base du cercle de Kolokani, nous avons trouvé un exemple frappant de ce genre. Les peulhs ne participent à rien au niveau du secteur du fait que les services sanitaires ont été implantés chez les Bambaras.

En plus des caractéristiques décrites ci-dessus, toute action participative doit tenir compte des caractéristiques socio-économiques des collectivités. La santé des habitants d'un village ne dépend pas uniquement des soins qui leur sont donnés ou de la prévention. Elle dépend aussi par exemple des aliments qu'ils

mangent et de l'eau qu'ils boivent. D'autres facteurs interviennent. La santé en soi n'est souvent pas ressentie par les villageois comme une priorité. Ils ont d'autres besoins plus pressants à satisfaire : manger à leur faim, trouver un emploi, se procurer un logement.

Cette connaissance des caractéristiques psycho-sociales, culturelles et économiques permettra d'élaborer une pédagogie adéquate de changement social qui sera l'outil principal des encadreurs.

#### 3.3.4.2 Identification et définition par la collectivité de ses besoins ressentis et exprimés

Dans la plupart des pays en voie de développement, l'identification et la définition des priorités des régions et des localités a été essentiellement la dissociation des objectifs nationaux fixés le plus souvent par des institutions nationales, la population n'y participe guère. Ces besoins sont déterminés dans la plupart des cas au cours des rencontres et échanges de points de vue entre les cadres nationaux et régionaux. Compte tenu des différences de ressources humaines naturelles et financières, ce schéma peut s'adapter à certaines régions mais pas à d'autres. C'est pourquoi, la définition des priorités doit être la plus réaliste possible c'est-à-dire qu'elle doit s'efforcer de tenir compte des spécificités de chaque région, de chaque collectivité. Et pour cela il faut faire appel à ceux qui vivent effectivement ces problèmes. On peut pas développer une localité, on ne peut pas améliorer les conditions de vie d'une population sans organiser ce développement avec cette localité, avec la population concernée. Il faut permettre à la population d'exprimer ses aspirations, son sens de développement, ce qui servira de base à l'élaboration des objectifs nationaux et donnera plus de chance de réussite à la participation si celle-ci vise réellement l'amélioration des conditions de vie de cette population.

#### 3.3.4.3 Contribution de la collectivité à la planification des activités sanitaires, à leur élaboration et exécution

Si l'on veut entreprendre un programme sanitaire dans une région, les services sanitaires ne doivent pas décider dans les bureaux ce qu'ils entendent faire. Ils ne doivent pas arriver dans la région concernée avec des programmes tout élaborés. Il faut se rendre dans la région, contacter les populations intéressées, leur demander ce qu'elles veulent, quels sont leurs problèmes ? Quelles solutions envisagent-elles à ces problèmes ? Ainsi les services sanitaires auront déterminé avec les populations par exemple le nombre de maternités, de dispensaires, leurs emplacements, les disponibilités de ressources locales. Ils auront déterminé ensemble les moyens à mettre en oeuvre en ce qui concerne les travaux de construction, d'équipement, etc. Les populations sont censées mieux connaître leurs problèmes sanitaires car ce sont elles qui vivent effectivement ces problèmes. Par conséquent, elles sont plus aptes à tracer la ligne générale que doit suivre la santé de la collectivité locale. Elles doivent être consultées quant aux problèmes de planification, tant au niveau de l'élaboration qu'au niveau de l'exécution des activités sanitaires.

Les services sanitaires décident en fonction de ce qu'ils estiment être favorable, or ces estimations ne correspondent pas souvent aux aspirations des populations. Ainsi on pourra se poser la question : planification des activités sanitaires pour qui ? Et là on est loin de pouvoir répondre à la question, dans la mesure où ces plans ne prennent pas en compte les besoins réels des populations.

En y associant les intéressés, on aura accompli l'action de "bas en haut" indispensable à toute planification réaliste. Ainsi le plan cesse d'être l'oeuvre des experts travaillant seuls, mais devient le travail collectif de ceux qui auront à le réaliser. Là ils mettront en oeuvre toute leur bonne volonté pour en garantir la réussite. C'est ainsi que les populations seront facilement mobilisables et agiront plus efficacement avec beaucoup de dynamisme lors de l'exécution.

C'est seulement lorsque la contribution effective des populations est assurée que nous pouvons parler d'une "Planification avec la population pour la population". Cela veut dire entre autres que l'idée des cadres de planifier les activités sanitaires pour les populations doit s'effacer devant celle où ils doivent planifier avec les populations.

4. EXPERIENCE DE KOLOKANI

#### 4.1 Présentation du cercle de Kolokani

##### 4.1.1 Situation géographique

- Superficie : 12 700 km<sup>2</sup>
- Limites : A l'Ouest et au Nord-Ouest, le cercle de Kolokani est limité par deux cercles de la première région : Nioro et Kita.  
Au Nord : Nara (2ème région)  
A l'Est : Bamako (2ème région)  
Au Sud-Est : Koulikoro (2ème région)  
Au Sud et Sud-Ouest : Bamako (district).
- Le Climat est du type soudanais, on y rencontre trois principales saisons : une saison sèche : de mars à juin; une saison pluvieuse : de juillet à octobre; une saison froide : de novembre à février.
- Hydrographie : Le cercle est sillonné par un certain nombre de cours d'eau saisonnier dont les plus importants sont : Koumifa de Fadré-Djiga, à l'Ouest la rivière du Baoulé lui sert de limite avec le cercle de Kita.

Le cercle de Kolokani est un plateau situé à l'altitude moyenne de 350 mètres avec quelques collines s'élevant à une cinquantaine de mètres au maximum.

L'infrastructure routière comprend une route nationale qui traverse le cercle en sa longueur et des routes d'intérêt régional et local. Ces routes sont en partie impraticables en saison pluvieuse.

##### 4.1.2 Situation administrative

Le cercle de Kolokani est l'un des cercles de la deuxième région. Il compte 118 854 habitants pour une superficie de 12 700 km<sup>2</sup>. Les bambaras sont le plus nombreux. Depuis les ancêtres, la population reste conservatrice en matière de santé, d'innovation agricole, de religion et surtout hostile aux étrangers. Seulement depuis l'indépendance on peut constater un léger changement.

Le cercle comprend quatre arrondissements : Central (108 villages), Massantola (39 villages), Nossombougou (49 villages), Didiéni (72 villages), total : 268 villages.

#### 4.1.3 Ressources

Le cercle de Kolokani est une zone essentiellement agropastorale. L'économie repose sur l'agriculture (mil, arachide, coton, tabac, etc.) et sur l'élevage.

- Agriculture : Elle est toujours pratiquée à la traditionnelle mais grâce à l'Organisation agricole des cultures vivrières (OACV), elle a connu une légère modernisation. L'OACV s'attache à vulgariser les méthodes (semences, engrais, charue) et à promouvoir la culture de l'arachide.

Le mil est à la base de l'alimentation.

Le coton et le tabac sont pour la consommation locale ainsi que la cueillette d'amende de Karité, feuilles tubercules, fruits sauvages.

Pendant la saison froide, les femmes entretiennent des petits jardins potagers (tomates, oignons, piments, etc.).

- Elevage : Il est représenté par un secteur d'élevage à Kolokani et deux postes vétérinaires à Didiéni et Ouolodo. Les ovins et caprins servent à l'auto-consommation, les boeufs et les chevaux sont un signe de richesse extérieure et source de revenu. La volaille est le plus souvent réservée aux offrandes et aux étrangers.

- Artisanat : Il est de type traditionnel (forgeron, tisserand).

- Autres ressources : Le petit commerce d'un marché à l'autre permet à certains de trouver un complément d'argent.

L'exode rural des jeunes est relativement fréquent. Il constitue pour certaines familles une petite source de revenu lorsque l'enfant envoie dans la famille une certaine somme d'argent.

Quelques anciens combattants perçoivent leur pension.

Le cercle dispose des centres d'assistance de cercles (CAC) au niveau de Kolokani, et dans chaque arrondissement on trouve une fédération des groupements ruraux (FGR) qui assure la commercialisation du mil et gère une boutique.

#### 4.1.4 Education

L'instruction est dispensée dans les établissements publics. Il existe quatre écoles du second cycle et 16 écoles du 1er cycle.

L'alphabétisation fonctionnelle permet une amélioration de la condition du paysan et un accroissement des ressources à l'aide d'augmentation quantitative et qualitative de la production. Une évaluation a montré qu'à la fin de 1977, il existait 634 centres d'AF, repartis dans 268 villages avec un total de 14 000 inscrits dont 9 200 auditeurs suivant plus des 2/3 des cours. On a pu dénombrer 3 994 auditeurs sachant lire et écrire et 2 923 pouvant être considérés comme "forts en calcul".

#### 4.1.5 Habitats et assainissement

Les habitats sont de type rural c'est-à-dire en "banco". L'eau de boisson est puisée dans les puits qui sont non protégés. Les femmes lavent leur lessive et vaisselle tout autour. Ces puits servent aussi pour abreuver les animaux.

Les latrines sont d'usage rare, les fécès sont déposés à même le sol dans les champs.

Les ordures ménagères, domestiques et également les animaux sont jetés dans un coin de concession.

#### 4.1.6 Infrastructure sanitaire

Il existe au niveau :

- du secteur de base : 1 maternité rurale tenue par une matrone rurale  
1 dispensaire rural tenu par un aide-soignant
- de l'arrondissement : 1 dispensaire rural tenu par un infirmier de  
1er cycle  
1 maternité rurale tenue par une matrone rurale



- du cercle : 1 dispensaire de cercle dirigé par le médecin-chef de cercle
- 1 petite unité hospitalière
- 1 maternité de cercle tenue par une sage-femme
- 1 secteur de grandes endémies dirigé par un infirmier d'Etat.

La pathologie rencontrée dans le cercle se compose essentiellement des maladies infectieuses, parasitaires et la malnutrition.

Les structures sanitaires sont surtout fréquentées par les villageois du village où elles sont implantées. Quelles en sont les causes ? une enquête menée dans 17 secteurs de base a donné les résultats suivants :

- le manque de médicaments dans les services de santé;
- l'incompétence du personnel de santé;
- l'inconscience du personnel de santé;
- la distance considérable entre le service sanitaire et les villages environnants;
- la mésentente entre le secteur d'implantation et certains villages de son rayon d'action;
- les interdits : l'existence d'une rivière entre la zone d'implantation du centre sanitaire et certains villages, qu'un nouveau-né ne doit pas traverser avant trois ans sinon il sera mort;
- l'alimentation difficile des femmes qui viennent accoucher à la maternité.

#### 4.2 Description de l'expérience

##### 4.2.1 Hypothèses initiales

###### 4.2.1.1 Alphabétisation fonctionnelle (AF) à la santé

En marge des journées de travail tenues les 17 et 18 novembre 1977 au Centre de Formation en santé rurale de Kolokani avec le Docteur Hubert Balique, Professeur de Santé publique à l'Ecole nationale de Médecine, journées consacrées à l'élaboration d'un projet de programme, de formation sanitaire à l'intention des

jeunes ruraux déjà alphabétisés, les dirigeants de la DAFIA (Direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée) ont pu discuter avec lui de son projet de greffer les actions de protection sanitaire dans les villages sur les centres d'AF existants dans l'arrondissement central de Kolokani. Le Dr Balique a en effet constaté à la suite d'une expérience faite dans l'arrondissement de Massantola que les actions entreprises, en l'occurrence création et gestion des pharmacies de villages avaient mieux réussi dans les villages où il existait des centres d'AF. Il attribue cette meilleure réussite à plusieurs facteurs :

- l'existence d'un centre d'AF est le signe d'une certaine volonté de changement dont peut également profiter l'action santé;
- la présence de plusieurs alphabétisés permet de former plusieurs agents de santé de village et ainsi de palier à l'exode très important dans la zone;
- la présence de plusieurs alphabétisés facilite également la gestion des boîtes à pharmacie.

La démarche effectuée pour la formation du premier contingent d'ASV fit tout naturellement appel à la langue française. La plupart des jeunes gens choisis par la population pour occuper ces fonctions étaient d'anciens élèves "déchets scolaires" revenus dans leurs villages après 5 ou 6 ans de scolarité.

Une minorité par contre était composée de paysans en général plus avancés et ayant appris à lire, à écrire et à compter dans leur langue natale : "le bambara" dans le centre d'AF de leur village.

Après un an de fonctionnement des pharmacies de village ainsi créées, une évaluation permit de dresser les tableaux suivants :

	Avec centre d'alphabétisation	Sans centre d'alphabétisation	Total
Echec	3	8	11
Réussite	11	6	10
Total	14	14	28

Influence de la présence d'un centre sur les résultats

	Villages avec anciens élèves	Village avec alphabétisés en Bambara	Total
Echec	11	0	11
Réussite	11	6	17
Total	22	6	28

Influence du profil des ASV sur les résultats

La lecture de ces tableaux permet de dire que :

- la présence d'un centre d'AF dans un village constitue un élément favorable pour la réussite des pharmacies de village.
- Les ASV alphabétisés en Bambara sont de meilleure qualité que les anciens élèves.

Ces conclusions nous ont amené à nous interroger sur le rôle que pourrait jouer l'AF pour la réussite des "actions de santé" au niveau des villages. D'où l'idée de lier systématiquement les actions de santé et les actions d'alphabétisation dans le nouvel arrondissement : celui de Kolokani.

4.2.1.2 Formation de jeunes alphabétisés en matière de santé

A la suite des mêmes journées de travail des 17 et 18 novembre 1977, on a pu dégager les grandes lignes de ce que pourrait être une "éducation de base" (Annexe 3) en matière de santé destinée aux adolescents et jeunes adultes déjà alphabétisés en Bambara. On a pris pour hypothèse que cette éducation de base devrait être acquise au cours des six stages d'une semaine chacun, organisés au niveau même

du village et associant à la fois les vieux et les jeunes, comme cela s'est déjà pratiqué au cours des trois stages expérimentaux réalisés en mars et avril 1977. A la fin de ces six stages, les objectifs suivants devraient être atteints :

- les stagiaires doivent savoir reconnaître les principales maladies au sein de leur village d'origine et distinguer les maladies bénignes curables sur place et les maladies graves nécessitant l'intervention du service de santé;
- doivent être capables de dispenser au sein du village un certain nombre de soins élémentaires et ceci soit en utilisant la pharmacopée traditionnelle, soit un petit stock de médicaments modernes;
- doivent avoir acquis les notions fondamentales d'hygiène et d'assainissement du milieu ainsi que les moyens concrets de les mettre en pratique;
- enfin, à partir de la compréhension des causes et des effets des maladies, ils doivent avoir découvert les notions fondamentales d'anatomie et de physiologie humaine permettant de mieux appréhender ce qu'est un être humain en bonne santé.

#### 4.2.2 Déroulement de l'expérience

##### 4.2.2.1 La sensibilisation de la collectivité

Le premier travail à entreprendre consiste en une séance de sensibilisation de toute la collectivité qui se déroulera comme suit :

- discussion ouverte avec l'Assemblée villageoise (vieux et jeunes) à partir de la question "qui est ce qui ne va pas avec la santé au village" ?
- sur la base des informations ainsi recueillies, nous procédons à l'explication de la stratégie d'ensemble en s'inspirant du canevas suivant :
  - la santé est une chose importante pour le village;
  - or d'après ce que vous nous avez dit, il y a beaucoup de maladies dans le village;

- pour améliorer la santé au village, il faut d'abord bien connaître ces maladies;
- c'est pourquoi nous allons d'abord demander aux jeunes qui fréquentent le centre d'alphabétisation fonctionnelle et qui savent écrire, de noter tout ce qu'ils peuvent savoir sur les maladies du village avec la collaboration des "anciens".

Après les médecins viendront pour mieux connaître les maladies. Quand nous connaîtrons bien ce qui ne va pas avec la santé du village, nous pourrons former certains jeunes qui savent déjà lire. Nous organiserons pour eux un stage et nous leur donnerons un livre où seront expliquées les principales maladies et la façon de ne pas les attraper et de les guérir.

Quand les jeunes auront été formés, si le village est d'accord pour cotiser une certaine somme, ils pourront avoir des médicaments et ceux qui auront le mieux appris au stage pourront soigner certaines maladies au village même. Voilà ce que nous leur proposons. Qu'en pensent-ils ? Ainsi nous allons leur laisser un papier où les médecins ont posé des questions importantes. Nous présenterons alors le questionnaire d'enquête à tout le monde, dans le but d'obtenir l'accord public des vieux qui seul peut permettre aux jeunes de faire le travail d'enquête pour la santé. Une fois cette réunion organisée avec les vieux, on passe à une séance de travail avec les auditeurs du centre d'alphabétisation au centre même. On remettra alors le questionnaire à l'animateur et on vérifiera qu'il est capable de le lire et de le comprendre. On vérifiera en même temps s'il existe d'autres auditeurs capables de le lire aussi. On discutera avec l'ensemble des auditeurs le travail qu'ils auront à faire et qui devra comporter non seulement un aspect qualitatif (recensement des principales maladies et description de leurs symptômes et éventuellement la thérapeutique traditionnelle) mais aussi un aspect quantitatif (nombre de personnes atteintes dans le village par chacune des maladies).

#### 4.2.2.2 Auto-évaluation

Méthodologie : Un questionnaire en Bambara est établi puis présenté d'une part aux conseils de village pour qu'ils en comprennent l'importance, d'autre part aux néoalphabètes pour qu'ils soient à même de le remplir. Ce questionnaire porte en particulier sur les principales maladies que l'on rencontre dans le village, et sur les cinq affections jugées prioritaires respectivement chez les hommes, les femmes et les enfants.

Les villageois sont invités à tenir des réunions au cours desquels les anciens du village peuvent répondre aux questions posées, tandis que les néoalphabètes inscrivent les réponses dans le questionnaire.

Résultats : Les résultats obtenus ont été appréciés de deux manières :

- Appréciation directe des priorités : Elle donne la liste en Bambara des affections désignées comme étant prioritaires par les populations des 35 villages étudiés.

Fiche 1

Liste des affections désignées comme étant prioritaires  
par les populations des 35 villages étudiés

	En Bambara	En français	
Hommes	1. Kaliya 90 ) Kaliyabota 32 ) Ngelen kaliaya 7 ) Kaya kilifumu 2 )	- Hernie inguinale	134
	2. Kosa 41 ) Ceyarobo 18 ) Ceyafura 4 ) Wulu sabana 3 )	- Impuissance	66
	3. Damajalan	- Blénorrhée	57
	4. Kodimi	- Lombalgie	52
	5. Mara	- Onchocercose	50
	6. Sogosogonijé	- Tuberculose	22
	7. Kanpara jabana	- Méningite cérébrospinale	21
	8. Kuna 14 ) Banaba 6 )	- Lèpre	14
	9. Sayi	- Ictère	20
	10. konodimi	- Douleurs abdominales	13
Femmes	1. Ganke	- Dysménorrhée	112
	2. Tonzonyimi	- Maladie des "femmes qui per- dent tous leurs enfants	96
	3. Kaliya	- Hernie crurale	49
	4. Damajalan	- Blénorrhée	39
	5. Konodimi	- Douleurs abdominales	30
	6. Kaliyabota	- Prolapsus	24
	7. Sindimi	- Affections des glandes mammaires	21
	8. Dadimi	- Affections buccales	13
	9. Wolobana	- Affections génitales	11
	10. Dissidimi	- Affection pulmonaire	1
Enfants	1. Kononyama	- Accès pernicieux	146
	2. Nyoni	- Rougeole	128
	3. Keteketeni	- Coqueluche	49
	4. Kononokélébé 22 ) Togotogoni 12 )	- Dysenterie	34
	5. Nzo	- Variole	27
	6. Camancédimi ) Kogodimi ) Dissidimi )	- Affections pulmonaires	25
	7. Konodimi	- Douleurs abdominales	13
	8. Jina	- Maladie due au Djinn	8
	9. Dadimi	- Affections buccales	7
	10. Nyédimi	- Affections oculaires	7

Nous avons dressé la liste à partir d'un barème que nous nous sommes fixé :

-	maladie	cité	au	No.	1	sur	le	questionnaire	égale	5	points
-	"	"	"	2	"	"	"	"	"	4	"
-	"	"	"	3	"	"	"	"	"	3	"
-	"	"	"	4	"	"	"	"	"	2	"
-	"	"	"	5	"	"	"	"	"	1	"

Le chiffre porté devant la maladie représente la somme des points obtenus pour la maladie concernée.

- Appréciation indirecte des priorités : Elle donne la liste en Bambara des affections pouvant être considérées comme prioritaires par les populations des 35 villages étudiés.

Cette liste a été constituée à partir des noms de maladies citées dans chaque village, leur ordre de priorité étant défini par le nombre de villages les ayant citées.



Fiche 2

Liste des affections pouvant être considérées comme prioritaires  
par les populations des 35 villages étudiés

En Bambara		En français		
1.	Mara	Onchocercose		30
2.	Nyoni	Rougeole		29
3.	Damajalan	Blénorrhagie		29
4.	Kaliya	Hernie		28
5.	Kodimi	Lombalgie		28
6.	Hyedimi	Affections oculaires		28
7.	Nyama	Tétanos		27
8.	Kungolodimi	Kungolodimi		27
9.	Tulo dimi	Tolodimi		25
10.	Gan kékonodimi	Stéritite		24
11.	Dadimi	Affections buccales		23
12.	Sogosogonijé	Tuberculose		22
13.	Konodimi	Douleurs abdominales		21
14.	Sayi	Ictère		21
15.	Kélebé	Ulcère des jambes		21
16.	Kili kilimasan	Epilepsie		20
17.	Kuna	Lèpre		19
18.	Togotogoni	Dysenterie		19
19.	Kétékéténi	Coqueluche		17
20.	Sisan	Asthme		16
21.	Kandiabana	Torticolis		16
22.	Koloci	Rhumatisme		16
23.	Kungilatu	Choléra		14
24.	Tonzonyimi	Femmes qui perdent tous leurs enfants		14
25.	Sensabana	Poliomyélite		12
26.	Kogodimi	Affections respiratoires		11
27.	Kononokélébéni	Ulcère gastrique		11
28.	Kaba	Dermatoses		10
29.	Funubana	Hydrocèle		9
30.	Suma	Paludisme		9
31.	Sogosogo	Toux		9
32.	Léminanpo	Syphilis		9
33.	Nisinosoni	Malnutrition		8
34.	Konoboli	Diarrhée		8
35.	Siudimi	Affections mammaires		7
36.	Fa	Troubles mentaux		7
37.	Mura	Rhume		6
38.	Konoja	Constipation		5
39.	Nyegenebilén	Bilharziose		3
40.	Sonkuna	Dysprée		3
41.	Konoton	Ballonnement		2
42.	Kumabi	Migraine		2
43.	Nunti	Epistaxis		1
44.	Fiyiya	Cessité		1
45.	Métrorragie	Métrorragie		1

#### 4.2.2.3 Evaluation externe

Une équipe de médecins comprenant de stagiaires de l'Ecole nationale de Médecine s'est rendue dans les villages sélectionnés pour y procéder à un examen aussi complet que possible de la population. Cette enquête transversale polyvalente a pour but d'une part de préciser quelles sont les affections prioritaires, d'autre part de quantifier la situation sanitaire avant le début des actions.

#### 4.2.2.4 Restitution et programmation

Après dépouillement des deux évaluations, une réunion est tenue dans chaque village. Les résultats de l'évaluation externe sont exposés aux villageois et confrontés à ceux de l'auto-évaluation. Les principaux problèmes prioritaires sont sélectionnés, des solutions possibles sont envisagées et discutées. Une programmation des actions est arrêtée en conséquence, dans laquelle la création d'une pharmacie de village tenue par des agents de santé de village est toujours retenue.

On amène les populations à :

- fixer ses besoins prioritaires;
- programmer les activités à mener dans le temps (telle action peut être réalisée à telle date ou non);
- identifier ensemble les ressources humaines et matérielles nécessaires pour la réalisation de ces actions;
- rechercher et définir un mode de gestion adéquat permettant la continuité des opérations.

#### 4.2.2.5 Formation des agents de santé de village (ASV)

Il est proposé à chaque village de désigner parmi les jeunes alphabétisés ou en cours d'alphabétisation au moins trois d'entr'eux qui accepteraient de suivre un stage de formation pour améliorer la santé du village.

La formation a lieu au niveau du dispensaire de secteur de base et rassemble une vingtaine d'auditeurs.

L'enseignement est donné en Bambara par l'infirmier-chef d'arrondissement en présence du chef de poste médical (infirmier auxiliaire formé en un an) qui sera chargé de la supervision des agents sanitaires et du responsable local de l'alphabétisation fonctionnelle. La pédagogie fait appel à quatre temps :

- les auditeurs disent tout ce qu'ils savent sur le sujet traité;
- lecture à haute voix à quatre ou cinq reprises du texte;
- discussion libre sur le texte au cours de laquelle les pédagogues donnent toutes les explications nécessaires;
- une évaluation des connaissances acquises.

Elle fait appel à des travaux pratiques lorsque le sujet abordé le permet : traitement des plaies, examen d'un malade.

Après ce premier niveau, quatre autres stages sont prévus à raison d'un à deux par an. Des évaluations permettent de préciser les villages aptes à accéder d'un niveau à un autre.

Les notions de santé que doit acquérir l'ASV et ses tâches sont données à l'Annexe 5.

#### 4.3 Quelques recommandations essentielles pour une extension de l'expérience au cercle et région

Cette expérience nous paraît du plus haut intérêt, tant sur le plan de la santé que de l'alphabétisation.

Sur le plan de la santé, elle devrait aider à mettre au point une méthodologie qui pourrait par la suite être étendue à de nouvelles zones. La collaboration de médecins, de socio-pédagogues et de linguistes devrait permettre de connaître les conceptions traditionnelles des populations en matière de santé et d'assurer ainsi les pédagogies de l'éducation et de la protection sanitaire sur des bases solides.

Sur le plan alphabétisation, les résultats ne peuvent également qu'être positifs. En liant d'emblée dans l'esprit des villageois l'alphabétisation à une action concrète portant sur un domaine prioritaire, celle-ci ne peut y gagner qu'un surcroît de prestige à la fois au niveau des villages où il existe des centres et les villages voisins.

- Pour la suite, il est nécessaire que les circonstances exceptionnelles dans lesquelles va se dérouler l'expérience du fait du double appui technique dont elle va bénéficier (sociolinguistique et médical) ne fassent pas oublier la nécessité de faire participer d'emblée les services techniques locaux car c'est à eux qu'il reviendra d'assurer le suivi de l'opération. Il y aura donc lieu de les associer étroitement dès le début à l'ensemble des opérations, qu'il s'agisse de cadres du service de santé, de techniciens et responsables de l'alphabétisation. Ce n'est qu'à cette condition en effet que l'on peut espérer une réussite durable et rationnelle de l'expérience.

- Il est important aussi pour le succès de l'opération d'éviter les actions cadeaux qui entravent souvent l'esprit d'initiative et de recherche chez les populations assistées, sinon ces dernières ont tendance à se retrancher derrière une attitude de mendicité et de dépendance de l'intervention extérieure sans laquelle elles se croient impuissantes. On aboutit ainsi à une démobilisation totale.

- Plusieurs auto-évaluations doivent être envisagées :

- une première par exemple sélectionnera les différents chapitres à aborder (nutrition, santé, agriculture, etc.);
- les autres seront spécifiques à chaque chapitre.

Cela parce que souvent les chapitres abordés peuvent ne pas correspondre aux vœux et besoins des villageois : ce qui aboutit sûrement à un échec. Un exemple illustratif que nous avons eu au cours de nos enquêtes dans un secteur de base de l'arrondissement central de Kolokani. Dans ce secteur, nous avons

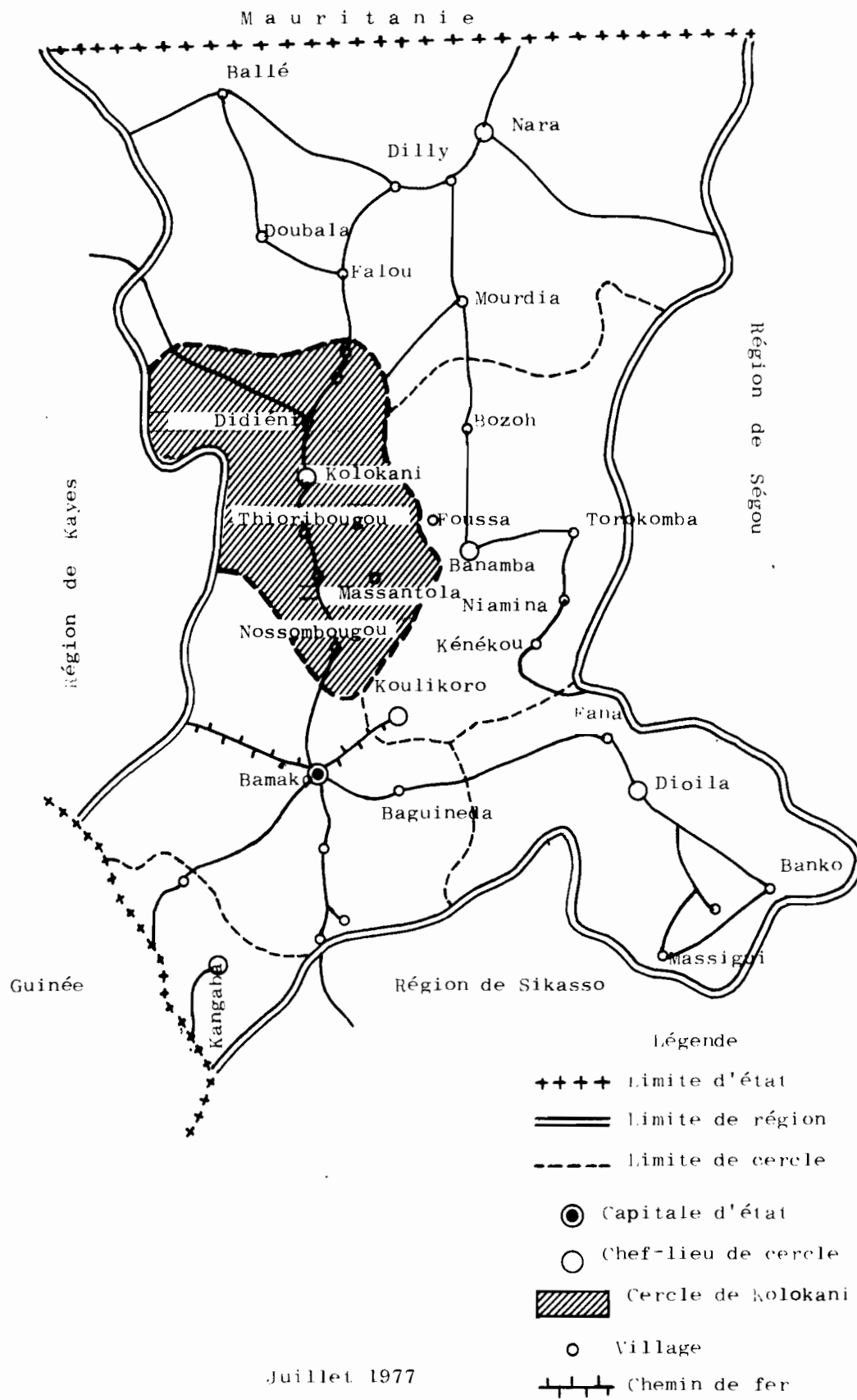
abordé en premier chapitre de la santé et au cours de discussions, un villageois déclarait "pour parler de santé, il faut avoir d'abord quelque chose dans le ventre". Ce qui nous faisait directement voir que ce n'était pas la santé qui était prioritaire mais l'alimentation.

Alors la prévision d'une série d'auto-évaluations pourrait éviter un tel état de fait.

Ces auto-évaluations doivent se faire si possible en l'absence de tout étranger à la communauté pour risque de méfiance, c'est pour cela que nous avons jugé nécessaire de laisser les questionnaires dans les mains des villageois et qu'ils les remplissent en temps voulu.

- Il reste cependant une dernière suggestion à faire : évaluation permanente et perfectionnement des ASV. Il est bien évident que l'expérience devra faire l'objet d'une évaluation périodique mais permanente. C'est sur cette base que pourra être assuré le perfectionnement des ASV. Ce perfectionnement pourra prendre la forme de nouveaux stages, mais il pourra également se faire et c'est là tout l'intérêt de travailler avec les éléments alphabétisés par la diffusion de consignes écrites ou de nouveaux livrets, au fur et à mesure de leur publication. Ainsi sera-t-on à mesure d'élever constamment leur niveau de connaissance et de compétence pour le bien des villages.

Deuxième Région de la République du Mali



Légende

- ++++ limite d'état
- ==== limite de région
- limite de cercle
- Capitale d'état
- Chef-lieu de cercle
- ▨ Cercle de Kolokani
- Village
- ⊥⊥⊥ Chemin de fer

Juillet 1977

5. STRATEGIES POUR STIMULER LA PARTICIPATION

### 5.1 Education des populations

L'action éducative, inhérente à toutes les activités de participation de la population, doit créer des conditions d'apprentissage grâce auquel les individus peuvent mieux saisir leur réalité, mettre en rapport l'amélioration de leur environnement avec le progrès social et économique d'autres groupements humains dans le cadre du pays, assumer la responsabilité comme éléments moteurs du développement et acquérir la motivation nécessaire pour résoudre leurs problèmes communs. Elle s'appuie donc au départ sur l'intérêt que les populations manifestent pour l'amélioration de leurs conditions d'existence et vise à leur faire sentir que leurs progrès relèvent de leurs propres responsabilités. De cette façon, les populations se transforment non seulement en bénéficiaires des actions, mais aussi en agents, auteurs, créateurs responsables de leur développement. Des campagnes de participation assorties d'une éducation bien conçue sont un puissant moyen de convaincre les populations qu'elles peuvent bien améliorer leur condition de vie.

De l'éducation à la participation, une illustration à partir de la collectivité de Kolokani : l'alphabétisation fonctionnelle a constitué un support de choix dans la mise en place des actions de participation et ceci pour des raisons relevant d'une part de la méthodologie par laquelle elle procède et d'autre part les moyens qu'elle offre à la collectivité.

Du point de vue de la méthode - L'AF utilise exclusivement la langue locale pour la transmission des messages.

L'AF utilise l'écriture dont l'introduction au sein de villages constitue un apport considérable pour les paysans dont la très grande majorité n'a pas été scolarisée :

- possibilité de noter par écrit les événements de chaque jour (naissances, décès, etc.);
- de laisser des documents écrits permettant de se rappeler à chaque instant des informations données auparavant.



L'acquisition de la santé reposant sur une participation véritable des populations, l'AF a été un élément moteur. En effet, contrairement à l'école qui ne laisse dans le village que des "déchets" du système, l'AF prend des analphabètes qui jusqu'à ce jour avaient le sentiment de leur ignorance en ouvrant la porte de l'écriture. Etant entré dans l'antichambre du monde moderne, l'alphabétisé aspire à y pénétrer davantage. Restant en permanence dans son milieu il ne perd aucun moment contact avec la réalité profonde au sein de laquelle il vit.

L'alphabétisation fonctionnelle a constitué la courroie de transmission unique entre les cadres et les paysans, seule capable d'amener ces derniers à prendre en main leur propre devenir.

Du point de vue des moyens, il faut noter :

- Utilisation des manuels traitant les problèmes de santé comme texte de lecture dans les centres d'alphabétisation : exemple de textes utilisés" (Nininsa (la rougeole) "Boloci" (vaccination).
- Utilisation des néoalphabètes comme agents de santé de la collectivité : la formation des néoalphabètes a mis à la disposition de la santé des agents de santé de village qui seront à même de donner aux soins de santé primaires la place qu'ils ont en droit d'occuper.

## 5.2 Existence d'un système technique d'appui, d'encadrement

En vue d'une action efficace, les populations ont besoin d'un appui et d'un encadrement adéquat.

L'encadrement se trouve être la cause de certaines activités dans la collectivité rurales. Quelles en sont les lacunes ?

- L'encadreur :
- n'a pas une formation suffisante et adaptée;
  - ne connaît pas le milieu dans toute sa complexité;
  - ne sait pas parler aux paysans;
  - n'est pas motivé d'où son indifférence devant les problèmes réels qui se posent;
  - travaille pour avoir son salaire, mais se soucie très peu des résultats.

Ces cadres doivent connaître le milieu très complexe où vivent les populations. Ils doivent avoir une pédagogie appropriée afin de pouvoir traduire en "vocabulaire paysan" les thèmes qu'ils doivent transmettre. Il devra s'agir de personnes qui s'identifient aux valeurs sociales et aux aspirations locales fondamentales et qui complètent et renforcent les efforts de développement déployés par la collectivité. Aussi les cadres doivent être en mesure de faire profiter les uns de l'expérience des autres (leurs critiques, initiatives et suggestions). Ainsi ils cessent progressivement d'être de simples envoyés de l'administration, chargés de diffuser les techniques pour devenir les collaborateurs, les appuis des populations et prendre à coeur leurs problèmes. Les populations auront ainsi confiance en eux et reconnaîtront par là l'importance de leurs initiatives et le degré de leur responsabilité dans l'effort national de développement.

### 5.3 Prise de conscience par la population des avantages de la participation

La participation est stimulée lorsque les populations entreprennent des projets visant des objectifs accessibles qui tendent à satisfaire des besoins ressentis et qui lui offrent des avantages manifestes. Les populations doivent voir ces intérêts, mais comment les leur faire voir ? Une solution nous semble favorable : le démarrage de toute action participative par des actions dont l'utilité est rapidement perçue.

A Kolokani, dès que les mères ont constaté les résultats de la nivaquinisation, elles ont admis la nécessité d'améliorer l'état de santé de leurs enfants et ont participé avec enthousiasme aux activités intéressant la couverture sanitaire (vaccination - nutrition, etc.).

### 5.4 Intégration des actions sanitaires dans les activités de développement

Aucun secteur engagé dans le développement socio-économique ne peut faire oeuvre utile en agissant isolément. Tout ce qui se fait dans un secteur à nécessairement un impact sur les objectifs d'un autre secteur. Une concertation constante entre les principaux secteurs sociaux et économiques est donc indispensable pour assurer le développement et pour promouvoir la santé dans le cadre des actions de développement.

Une analyse de la situation actuelle dans de nombreux pays permet de mettre en évidence une véritable anarchie existant entre les différents secteurs qui concourent au développement, un manque de coordination entre les structures d'intervention.

Le travail d'équipe fait défaut à la base. Aucune complémentarité entre les secteurs d'intervention qui travaillent tous en vase clos (santé, éducation, élevage, agriculture, administration, etc.). Ils ont chacun leurs propres priorités, leurs objectifs, leurs moyens et leurs propres programmes. Ils travaillent isolément en ignorant très souvent les activités réalisées par les autres secteurs de développement.

Le résultat de cet état de fait est que population se sent souvent égarée entre les sollicitations de toutes ces structures, elle ne sait plus que faire ou ne pas faire. Une méfiance s'installe petit à petit en elle et finalement elle ne les prend pas au sérieux.

En conclusion, nous sommes dans une situation d'impasse non seulement ces secteurs se privent d'un concours réciproque extrêmement rentable mais, en plus, ils se privent de la potentialisation qui existe entre ces différents secteurs et qui fait qu'une population "se développe dans son ensemble ou elle ne se développe pas".

A Kolokani, des services sanitaires de secteurs de base se retrouvent isolés de leur chef-lieu de secteur durant toute la période d'hivernage à cause d'un marigot. Ce qui fait, par exemple, obstacle aux évacuations sanitaires. Une collaboration des services des travaux publics et des communautés et des services de santé serait favorable pour combattre un tel fléau. Nous mettons à grands frais des structures en places pour obtenir des objectifs nationaux; dans quelle mesure peut-on dire que ces objectifs ont été atteints. Si le bilan est négatif, quelles actions faudrait-il entreprendre en vue d'une meilleure participation des populations à la réussite de nos projets ? Une réponse possible : l'intégration. Il ne suffit pas de l'inscrire dans les documents mais il faut le vouloir et y parvenir d'une manière rationnelle et scientifique. "Elle se caractérise par l'utilisation à plein temps et à plein rendement de toutes les ressources

humaines, matérielles et financières des services sanitaires et tous les autres services qui peuvent contribuer à atteindre l'état de santé physique, mental et social".

En effet, il est aujourd'hui parfaitement admis :

- qu'une amélioration de l'économie favorise une amélioration de la santé et de l'éducation;
- qu'une amélioration de l'éducation favorise une amélioration de la santé et de l'économie.

L'intégration des différents programmes au sein d'un programme unique de développement apparaît une réponse favorable à la réussite des activités locales.

L'intégration favorise la satisfaction des besoins ressentis et puisque ces besoins sont ceux de la population, elle participe activement à leur réalisation. A cette fin, la participation et l'intégration se joignent pour donner naissance au concept de développement communautaire qui se définit comme un "Mouvement destiné à promouvoir une amélioration des conditions de vie pour toute la collectivité avec la participation active des habitants et, si possible sur leur initiative, et, si cette initiative ne se manifeste pas spontanément, en appliquant des techniques propres à susciter et la stimuler pour inciter la population à participer activement et avec enthousiasme au mouvement"<sup>1</sup>.

La formule des programmes de développement communautaire est souvent l'idéal lorsqu'il s'agit d'améliorer les conditions de vie et une collectivité. La santé doit agir conjointement avec les autres secteurs de développement, or ces derniers qui sont majoritaires ne peuvent venir que s'il existe un effort de développement collectif. Santé communautaire et développement communautaire s'intègrent et représentent une même idée pour communauté.

---

<sup>1</sup> Colonial Office Community Development - A Handbook, 1958 Her Majesty's Stationery Office, Londres.

## 5.5 Structures de participation

Pour être efficace, l'action des populations doit trouver un appui solide, constitué par les structures régionales et locales. Les populations doivent pouvoir s'exprimer au sein de structures capables de canaliser leurs initiatives, de les faire participer pleinement à leur propre développement sanitaire. Ces structures peuvent être diverses, les unes du type traditionnel, d'autres représentant une combinaison de systèmes traditionnels et modernes, d'autres encore entièrement nouvelles.

### 5.5.1 Associations des parents d'élèves

Elles sont créées pour répondre aux problèmes matériels rencontrés au niveau des écoles. Cette association comprend un bureau d'arrondissement et un bureau pour chaque école. Sa caisse est approvisionnée par une taxe annuelle de 1 000 F. payé par chaque contribuable, soit pour l'arrondissement central de Kolokani, un budget de 9 millions par an. Cette association par son budget et par son dynamisme a, peu à peu, étendu ses activités à d'autres secteurs surtout la santé. C'est ainsi qu'elle a pris en charge la construction de maternités et de dispensaires ruraux. Dans presque tous les villages de Kolokani, le villageois encouragé par la construction des services de santé dans leur collectivité ont contribué avec enthousiasme à l'équipement de ces centres de santé. Les villageois possèdent des champs collectifs et après la vente des récoltes, le revenu annuel est destiné à l'équipement des services de santé.

### 5.5.2 Association des femmes

Elles sont affiliées à l'union nationale des femmes maliennes (Direction des Affaires sociales). Son activité est orientée vers la prise en charge du fonctionnement des maternités rurales. Ces comités se situent à trois niveaux : arrondissement, secteur de base, village.

En principe, les activités se font au niveau des villages, le niveau supérieur assurant l'animation. Elle constitue certainement l'organisation où la participation est plus effective. En effet, l'expérience montre que lorsque les femmes de villages ont ressenti l'importance d'un problème et entrevoient une

solution à leur portée, elles sont parfaitement disposées et capables de le mener à bien à condition que les hommes leur donnent le feu vert. Dans beaucoup de villages du cercle de Kolokani, les femmes ont entrepris des séances de nivaquini-sation et de vaccination qui sont en cours. Le matériel est financé par l'association des femmes des villages dont la caisse est tenue par une présidente. D'où vient le fond de caisse gérée par la présidente ? Après la cueillette des noix de Karité, chaque femme est tenue à verser une somme de 500 F/an à la caisse ou à défaut de donner 10 Kg de noix de Karité qui seront vendus. C'est ce revenu annuel de la caisse qui est destiné à la résolution des problèmes existant au niveau sanitaire.

#### 5.5.3 Associations de jeunes

C'est une association traditionnelle dans les sociétés bambaras. Les jeunes de chaque village sont regroupés au sein d'une société de culture appelée "ton" qui les rassemble depuis la circoncision jusqu'à l'âge de 35 à 40 ans. Ces jeunes à côté de leurs champs familiaux ont de champs collectifs. Cette association est chargée des travaux d'assainissement, de creusement de puits, de construction de barrages dans la collectivité. Très peu connues et inexploitées, ces associations devraient être mieux étudiées et organisées pour servir avec les autres structures de support aux actions socio-économiques et culturelles, entreprises en vue d'améliorer le niveau de vie en milieu rural.

#### 5.5.4 Fédération des groupements ruraux

Le mouvement coopératif est né avec l'indépendance. Il est actuellement représenté au niveau des villages par les groupements ruraux (GR) et au niveau de l'arrondissement par leur fédération (FGR).

L'unité de base, le GR, possède son propre patrimoine qui est alimenté par des dons, des cotisations, et de bénéfices propres. Il est dirigé par un conseil d'administration élu et présidé par le chef de village.

Les GR d'un même arrondissement sont regroupés au sein d'une fédération des groupements ruraux (FGR) dirigée par une assemblée générale (deux représentants par GR) et un conseil d'arrondissement. Son patrimoine provient également des dons des cotisations et des bénéfices propres. Cette FGR est sous le contrôle du chef d'arrondissement, un agent technique de la coopération assurant la gestion de sa caisse.

Les FGR d'un même cercle sont rassemblés autour d'un centre d'assistance et de contrôle (CAC) sous l'autorité d'un directeur. Ce CAC perçoit une allocation de 250 F par an par imposable.

Les fédérations des groupements ruraux mettent à la disposition des matrones rurales des dépôts de médicaments en guise de pharmacie de village. Tous les malades qui auront des ordonnances à acheter pourront se procurer leurs médicaments sur place, c'est-à-dire au niveau de la collectivité.

#### 5.5.5 Conseils régionaux et locaux

Pour stimuler la participation des populations, le Gouvernement a mis l'accent sur le fait qu'il est nécessaire de mettre en place des structures de participation. Ces structures doivent permettre d'élaborer et d'exécuter des plans réels. En fait ces derniers doivent être en place en tenant compte des réalités propres au pays. A cette fin, il est indispensable de faire constamment appel à ceux qui sont en contact direct avec ces réalités, c'est-à-dire les populations elles-mêmes. Aussi ces structures constitueront un réseau d'informations entre les organes centraux et les populations. Par ailleurs, elles permettront aux populations d'élaborer des programmes régionaux de développement relevant de leurs propres initiatives et sur la base de leurs propres aspirations.

La CNRA dans le cadre de sa mission (réforme de l'administration malienne à la lumière des lacunes constatées) a tenu compte des vœux du Chef de l'Etat et a jugé nécessaire de mettre en place des conseils régionaux et locaux sur lesquels s'appuyera l'accomplissement des différentes étapes de préparation et d'exécution des programmes des collectivités locales.

Ces conseils seront des organes publics de participation des populations et par les avis qu'ils donneront, pourront jouer un rôle important en tant que courroie de transmission permettant aux populations d'avoir une part identifiable dans la réalisation du développement.

Il est prévu d'organiser des conseils d'arrondissement, de cercle et un conseil régional. Le premier fonctionne déjà, les autres sont à l'état de projet.

Conseils d'arrondissement - Sous la présidence du chef d'arrondissement, représentant l'autorité de l'Etat et contrôlant la légalité de ses activités, le conseil se donne pour raison d'être le développement socio-économique de l'arrondissement. Il conçoit son mode de fonctionnement comme celui d'une entreprise autogérée. Son patrimoine se compose de tous les biens qui lui seront fournis soit par la population sous forme de cotisations, soit par l'Etat sous forme de subventions, soit par des organismes privés sous forme de dons. Ce capital ne pourra être en aucun cas utilisé comme budget de fonctionnement. Il devra être investi dans des opérations que le conseil aura jugées opportunes et qui devront lui garantir des bénéfices. Ces bénéfices serviront d'une part à augmenter le capital initial, d'autre part à participer aux frais de fonctionnement de tous les services de développement, y compris la santé.

Les frais de fonctionnement seront supportés en partie par la population sous forme de travail ou sous forme de participation financière, en partie par les bénéficiaires.

Le conseil pourra émettre des vœux et formuler des avis sur les principales activités sanitaires qui lui seront soumises.



6. CONCLUSIONS

Notre pays comme la plupart des pays en voie de développement est un pays jeune dont la construction n'est pas achevée. Certes, il a acquis une certaine expérience en matière de participation, une expérience faite tantôt d'erreurs, tantôt de réussites. Conscient du fait que certaines erreurs résultaient de la non-participation des populations à l'autosuffisance dans le domaine sanitaire, il a été jugé indispensable de rechercher des voies et moyens pouvant assurer cette participation. Après avoir défini la notion d'autosuffisance dans le domaine sanitaire, nous avons rappelé que cette dernière porterait principalement sur les soins de santé primaires. Nous avons ainsi défini les soins de santé primaires, et rappelé ses principes généraux tels qu'ils ont été proposés par l'OMS. Des soins de santé primaires ont été prodigués dans nombre de pays, mais ce ne sont que des actions ponctuelles, la nouvelle approche essaie de rationaliser les SSP pour amener l'ensemble des collectivités à l'autosuffisance dans le domaine sanitaire.

Le Mali restant au centre de nos réflexions nous avons estimé utile d'examiner sa situation sanitaire actuelle, d'en faire une analyse afin de voir dans quelle mesure une telle approche pourrait résoudre les problèmes créés par ces différentes insuffisances. Cette analyse permet de constater :

- un accroissement de 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 facteurs multiples et difficiles, nous avons préconisé d'intégrer les activités curatives et préventives et de développer chez les collectivités le sens de la participation pour l'autosuffisance, qui offre entre autres l'avantage d'être plus responsabilisant.

Dans cette optique, nous avons décrit l'expérience du centre d'enseignement et de recherche sur la médecine rurale de Kolokani où nous avons tenté de mettre en oeuvre et en pratique nos connaissances théoriques de la médecine des collectivités.

Parmi les idées sur lesquelles nous insistées dans ce travail figurent :

- Le concept d'une méthodologie participative adéquate. La population peut participer de nombreuses façons; ainsi l'apport de main-d'oeuvre et des ressources matérielles lorsqu'il est l'unique chose que nous attendons et que nous exigeons d'elle n'est pas une forme de participation au sens que nous donnons à ce terme. Elle doit acquérir les principales caractéristiques :

- active : la population doit intervenir dans l'évaluation de la situation, le recensement des problèmes et dans la détermination des priorités;
- consciente : la population doit prendre pleinement connaissance des problèmes, les traduire en véritables besoins et chercher à les résoudre;
- responsable : la population doit s'engager à agir pleinement consciente de ses droits et de ses besoins.

- Le concept d'utilisation des moyens appropriés pour réussir la participation. A cette fin, différents éléments paraissent indispensables :

- une volonté politique, gage de réussite : le sens, le contenu et la portée de la participation de population dépendent du contexte socio-politique de chaque pays; les autorités nationales doivent accepter d'encourager la participation active des collectivités d'autant plus que l'autosuffisance et la participation font partie de la politique du Gouvernement;
- une préparation adéquate des cadres pour l'action participative. Les personnels de santé font partie de la communauté dans laquelle ils vivent et travaillent. Un dialogue permanent est indispensable entre eux et le reste de la collectivité pour harmoniser les activités se rapportant à l'autosuffisance; si le dialogue est bien utilisé, le personnel pourra percevoir constamment les sentiments de la collectivité, le niveau de ses aspirations, ses normes

d'organisation et de communication. De son côté, la population apprend à interpréter son milieu ambiant à identifier ses véritables besoins, tout comme elle apprend à connaître la stratégie nationale et à s'identifier avec elle pour intervenir et encourager le progrès et le bien-être social.

- Un appui technique permanent à apporter : la participation signifie l'implantation d'un processus éducatif qui servira à préparer la collectivité et à renforcer son désir de contribuer à la mise en marche des activités sur lesquelles il y a eu accord solidaire. Les autorités nationales doivent fournir aux collectivités, le matériel qu'elles ne peuvent pas se procurer sur place. Les agents de santé de village doivent être supervisés par les agents de l'échelon supérieur pour maintenir le niveau technique et même améliorer ce niveau en vue d'un développement des activités locales.

- Une intégration des activités sanitaires dans les actions prioritaires de développement socio-économiques. Les programmes de santé doivent être strictement liés aux programmes de développement de la collectivité tout en constituant une composante essentielle de ceux-ci. C'est pourquoi les objectifs de santé doivent être inclus dans les actions qui réalisent d'autres secteurs. C'est seulement par une approche multisectorielle qu'il est possible de mettre en marche les processus qui conduiront à un véritable développement autosoutenu.

Le défi social "la santé pour tous en l'an 2000" a été lancé à l'Afrique. Le bilan de notre travail laisse entrevoir d'heureuses perspectives à condition que les approches et les stratégies qui ont été clairement définies soient rigoureusement appliquées. Ainsi nous osons espérer qu'à la fin du siècle, la plus petite communauté humaine disposera d'un minimum de soins fondamentaux qui lui permettront d'accomplir ses devoirs de santé dont découle le droit à l'état de complet bien-être physique, mental et social.

ANNEXES

Alphabétisation fonctionnelle

En 1944 l'UNESCO entreprit sur les recommandations de l'ONU une campagne contre l'analphabétisme à travers le monde. Une Conférence des Ministres d'Education nationale eut lieu en 1965 à Téhéran. Le Mali y était représenté. Elle avait pour but de chercher les voies et moyens pour lutter contre ce fléau. Il fut reconnu que l'alphabétisation ainsi recherchée devait s'associer à un processus de développement en tenant compte des besoins des populations qu'elle vise. Le Gouvernement du Mali, par l'Ordonnance No. 60 du Comité militaire de libération nationale du 21 octobre 1975, transforma le Centre national de l'alphabétisation fonctionnelle en Direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée (DNAFLA).

Objectifs

Il s'agit d'alphabétiser les paysans en langues locales afin de pouvoir "dispenser un enseignement permettant aux villageois d'acquérir à court terme les connaissances nécessaires à la prise en charge au niveau local d'un certain nombre de fonctions du développement économique et social".

Kibaru (exemple de textes réalisés par la DNAFLA) :

BambaraTraduction en français

- |   |  |
|---|--|
| 1. <u>boloci ye mun ye ?</u>  | qu'est-ce que la vaccination ?   |
| 2. aw delila ka boloci ko mèn ?   | avez-vous déjà entendu parler de la vaccination ?  |
| 3. aw yèrè bolo cira ka ban ?   | avez-vous été déjà vacciné ?   |
| 4. yala aw bè boloci kun don wa ?   | connaissez-vous l'intérêt de la vaccination ?  |
| 5. bana coman bè kenè bagato minè<br>banabagoto fè, do wèrè bè u soro,<br>o bana bè jènsen o cogola toa a fè    | beaucoup de maladies sont transmises par des sujets malades aux sains qui a leur tour contaminent d'autres. Ainsi les maladies se propagent. |
| 6. a bè fo o banan de ma : bana yèlè<br>ma tow  | elles sont appelées maladies contagieuses  |
| 7. a ka ca ala, o bana ka jugu : u dimi<br>ka bou, wa u bè sé ka kè mogo koroba<br>n'i denmisènw saya sababu ye | ces maladies sont généralement graves. Elles peuvent être causes de mortalité aussi bien des enfants que des adultes                         |

8. ni o banaw do la kelen ye iminè,  
i bè furakà yoro sègèrè, i ka  
furakè, ka kènèya

si vous êtes atteints d'une de ces maladies,  
rendez-vous au dispensaire pour que vous  
soyez vite soigné et guéri
9. nka, ka i yèrè labèn wala bana  
kana iminè yèrè, o dè ka fisa  
o la sa i kana to koni, k'i n'i  
denw sigilèn sonyè, ka soro ka  
wuli a fura kéli fè

mais protégez-vous pour ne pas tomber malade.  
Cela est la meilleure solution. Ne vous  
laissez donc pas surprendre pour commencer  
le traitement
10. an bè bi min na, dokotorow ka  
douniya ye cogoya nogo soro ko  
mogo kisi bana caman ma, o  
cogoya ngon ye boloci de ye

aujourd'hui des connaissances médicales  
permettent d'éviter beaucoup de maladies,  
la vaccination en est une.

RAPPORT BUDGET D'ETAT PAR RAPPORT BUDGET SANTE - 1970-1978  
(Direction nationale de la santé)

Année	Budget d'Etat	Budget Santé et Aff. sociales		Total Budget Santé	% Budget d'Etat
		Personnel	Matériel		
1970	24 100 000 000	933 564 000	1 161 400 000	2 094 964 000	8,69 %
1971	23 408 810 000	905 620 000	1 151 470 000	2 057 090 000	8,78 %
1972	25 760 578 000	1 045 172 000	1 199 519 000	2 244 691 000	8,71 %
1973	28 134 933 000	1 215 074 000	1 203 824 000	2 418 898 000	8,59 %
1974	31 823 348 000	1 374 147 000	1 223 968 000	2 598 115 000	8,16 %
1975	38 129 004 000	1 563 426 000	1 345 984 000	2 909 410 000	7,63 %
1976	50 199 768 000	2 039 510 000	1 425 724 000	3 465 234 000	6,90 %
1977	56 987 590 000	2 016 630 000	1 503 969 000	3 520 599 000	6,24 %
1978	61 488 653 000	2 228 807 000	1 572 169 000	3 807 976 000	6,19 %



Education de base

L'éducation de base dispense, compte tenu des moyens dont dispose la société concernée, un contenu éducatif minimum (connaissances, valeurs, attitudes, savoir faire) susceptible d'aider tout bénéficiaire à comprendre les problèmes de son milieu, à avoir conscience en tant que citoyens de ses droits et de ses devoirs, à participer au développement socio-économique de sa communauté et à s'épanouir en tant qu'individu.

Elle est fondamentale dans la perspective de l'éducation permanente puisqu'elle constitue la première phase préparant à des acquisitions ultérieures. Elle est fonctionnelle puisqu'elle recherche une adaptation permanente au milieu en donnant une place particulière aux problèmes pratiques de la vie tels que la santé, nutrition, travail productif, etc. Pour atteindre effectivement et progressivement un large public elle utilise des formules éducatives peu onéreuses

Fiche technique A (en bambara)

1. bana min bè soro dugu kono, aw k'u fo an ye
2. nin banaw la, aw ye bana duuru fo minw ye cèw ka banajuguw ye
  1. . . . .
  2. . . . .
  3. . . . .
  4. . . . .
  5. . . . .
3. o bana duuru in na, jumèn ka jugu n'u bèe ye :
  - o ko fè, jumèn ka jugu
  - o ko fè, jumèn ka jugu
  - o ko fè, jumèn ka jugu
  - o ko fè, jumèn ka jugu
4. aw ye bana duuru fo minw bè denmisenniw tooro
  1. . . . .
  2. . . . .
  3. . . . .
  4. . . . .
  5. . . . .
5. o bana duuru in na, jumèn ka jugu n'u bèe ye :
  - o ko fè, jumèn ka jugu
  - o ko fè, jumèn ka jugu
  - o ko fè, jumèn ka jugu
  - o ko fè, jumèn ka jugu
6. aw ye bana duuru fo minw bè musow tooro :
  1. . . . .
  2. . . . .
  3. . . . .
  4. . . . .
  5. . . . .

7. bana duuru in na, jumèn ka jugu n'u bèe ye :

- o ko fè, jumèn ka jugu
- o ko fè, jumèn ka jugu
- o ko fè, jumèn ka jugu
- o ko fè, jumèn ka jugu

Fiche technique B

aw ye mun don bana 15 kelen kelen kan ?

cew ka bana folo

- bana togo . . . . .
- nin bana in bè don cogo di ?
  
- a bè soro cogo di ?
  
- a bè soro waati min ? (saminya, foncènè wali tilema? )
  
- banabaato bè laban cogo di ?
  
- bana in bè furakè cogo di ?
  
- bana in bè kunbèn cogo di ?

1. banabaatow ka ca sisan dugu kono wa ?

aw ye bana siyaw banabaatow da fo

	cew			musow		
	denmisenniw	kamalenw	cekorobaw	sunguruw	musow	musokoro baw
kunato						
sogosogo- ninjeto						
kèlèbèto						
denmisenniw ka sensabana						
fiyento						
marato						

2. denmisen saya ka ea aw fè yan wa ?

k'a taa salon nin waati in na fo ka na se bi ma, denmisen joli sara dugu kono ?

u baw togo	cè wali muso	si hakè	bana jumèn y'a faga	a sara waati jumèn

3. do bè do don, do t'o don

tubabu fura bè dè sè bana dow la farafin fura b'u kènèya.

farafin fura fana bè dè sè bana dow la, tubabu fura b'u kènèya

- farafin fura bè se ka bana jumèn furakè aw fè yan ?

- farafin fura bè dè sè bana jumèn na ?

- tubabu fura bè se ka bana jumèn furakè ?

- tubabu fura bè dè sè bana jumèn na ?

4. musoligin

- aw ka musow bè bè jigin dogotoroso la wa ? . . . . .

- mun bè dow bali ka jigin dogotoroso la ?

- nafa jumèn bè dogotoroso jigini na ?

- k'a taa salon nin waati in na fo ka na se bi ma, den joli woloba  
dugu kono ? . . . . .

5. dumuni fenw

- denmisenni man kan ka fenw jumèn dun ?

- denmisenni banabaatow man kan ka fenw jumèn dun ?

- musokonomaw man kan ka fenw jumèn dun ?

6. boloci jumèn kèra aw ka dugu kono ?

7. kènèya siratigèla, aw hakilila ye jumèn ye ?

La traduction en français suit immédiatement

Fiche technique A (en français)

1. quelles sont les différentes maladies qu'on trouve dans le village ?
2. citez par ordre de gravité cinq maladies :
  - a) maladies des hommes
  - b) maladies des enfants
  - c) maladies des femmes

Fiche technique B (en français)

- nom de la maladie ?
- comment la reconnaître ?
- quelle est son origine ?
- à quelle saison elle apparaît ?
- quelle est la destinée du malade ?
- comment traite-t-on cette maladie ?

Ce questionnaire est valable pour chacune des 15 maladies citées dans la fiche technique A, aussi bien chez les hommes, les femmes que les enfants.

Fiche technique C (en français)

1. nombre de personnes concernées dans le village pour chaque maladie :  
hommes - femmes - enfants
2. y a-t-il une grande mortalité infantile dans le village ?
  - le nombre de décès infantiles enregistrés dans une intervalle d'un an (1977 à 1978)
  - préciser les causes de décès
3. conception des villageois sur la médecine moderne
4. maternité
  - toutes les femmes accouchent-elles à la maternité ?
  - pourquoi certaines ne viennent-elles pas ?
  - quel le taux de naissances enregistrées de 1977 à 1978 ?
  - l'accouchement à la maternité a-t-il des avantages ou pas ?

5. nutrition

- quels sont **les interdits alimentaires** chez un enfant sain et chez un enfant malade ?

- quels sont les aliments qu'une femme enceinte ne doit pas manger ?

6. y a-t-il eu des séances de vaccination dans le village ?

si oui les noms des vaccins

7. la conception des villageois sur la santé.

LES NOTIONS DE SANTE QUE DOIT ACQUERIR L'ASV

Fiche technique 1 - Les principales maladies de village

- Comment les reconnaître ?
- D'où viennent-elles ?
- Comment s'en protéger ?
- Que faire pour les guérir ?

Fiche technique 2 - L'assainissement du milieu et hygiène de vie

Hygiène de l'eau

- qu'est ce qu'une eau potable ?
- protection des puits, marigots, sources
- traitement de l'eau
- les maladies dues à l'eau.

Le péril fécal

- les maladies dues au péril fécal
- les latrines.

Ordures ménagères et les autres déchets

- leurs dangers
- les fosses à ordures
- les animaux de la concession
- la lutte contre les vecteurs
- hygiène personnelle

hygiène mentale

hygiène de la concession

hygiène des repas.



Fiche technique 3 - Santé maternelle et infantile

- pathologie de la femme enceinte
- accouchements et ses risques
- visites pré et post-natales
- pathologie des enfants jusqu'à cinq ans :
  - maladies infantiles
  - vaccination
  - nivaquinisation
  - alimentation
- les maladies de la femme (règles douloureuses ou abondantes).

Fiche technique 4 - La sexualité

- l'espacement des naissances
- les maladies vénériennes.

Fiche technique 5 - Les médicaments

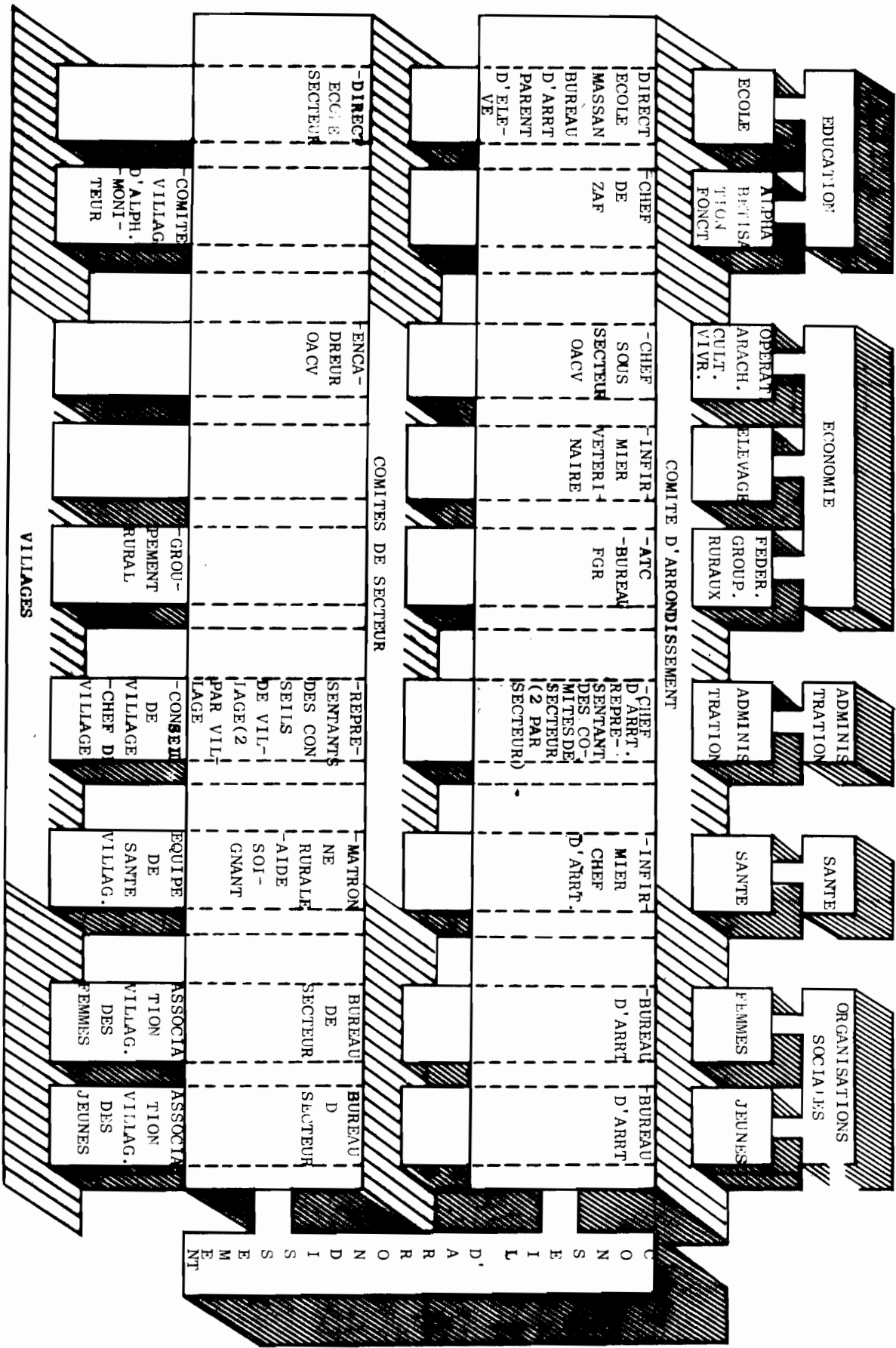
- les différents types (sirop - cachets, piqûres, etc.)
- posologie et durée des traitements
- dangers des médicaments.

Les tâches de l'ASV

Les tâches de l'agent sanitaire sont :

- traitement des affections simples, telles que diarrhées, toux, fièvre, céphalées, conjonctives, plaies premiers soins aux blessés;
- conseil 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 ordre 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'ordres, etc. ? Il aide les services de santé dans leurs tâches lorsqu'ils se rendent dans le village (visites des grandes endémies, vaccination) et tient à jour des données statistiques sanitaires simples.



8. BIBLIOGRAPHIE

1. Ajoulat, L. P. (1967) Une éducation sanitaire pour l'Afrique, Paris, Union internationale pour l'éducation sanitaire.
2. Bassat, J. (1974). Tous responsables de notre santé, Paris VII, Resma, 17
3. Belloncle, G. et Fournier, G., Santé et développement en milieu rural africain : réflexion sur l'expérience nigérienne, Paris, Editions écon. et humanisme et les éditions ouvrières, 12.
4. Belloncle, G. Ballique, H. et Rougemont, A., Alphabétisation fonctionnelle et soins de santé primaires, Une expérience dans le cercle de Kolokani, Mali.
5. Blanc, J., La planification sanitaire en Afrique : bilan de trois expériences de planification (Mali, Niger, Gabon), (Document ronéotypé).
6. Direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée, Quelques suggestions concernant la possibilité de greffer une action de protection sanitaire des populations sur l'action d'alphabétisation dans l'arrondissement de Kolokani central, Bamako, Division de Recherche linguistique et pédagogique.
7. Direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée (1977) Premières réflexions sur la formation des Jeunes alphabétisés en matière de santé (Document ronéotypé), Bamako.
8. Djukanovic, V. et Mach, E. P., (1975) Comment répondre aux besoins fondamentaux de populations dans les pays en voie de développement. Etude commune FISE/OMS, Genève.

9. OMS (1977) Engagement communautaire dans les soins de santé primaires. Etude sur le processus de motivation et de participation continue de la communauté. Rapport pour la session 1977 du comité mixte FISE/OMS des directives sanitaires, Genève, 31 janvier - 2 février (JC 21/UNICEF/WHO/77.2 Rév. 2).
10. Newell, W. K., (1975) Participation et santé, OMS, 223 p.
11. Kone, A., (1976) Structures régionales et locales pouvant assurer la participation des populations à la planification. Mémoire, administration publique, ENA, Bamako.
12. Labusquière (R) Santé rurale et médecine préventive en Afrique, Paris, imprimerie Saint Paul.
13. Mali, (1976) Plan décennal de développement des services de santé du Mali, Bamako, 1er juillet 1966 - 30 juin 1976.
14. Mali, (1974) Annuaire statistique générale, Service des Statistiques et de la Mécanographie, Bamako.
15. Mali, (1975) Rapport annuel des services de santé 1974 du Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Bamako.
16. Maïga, M. A. S., (1976) Promotion des soins de santé primaires au Mali, Thèse, médecine, Bamako.
17. Macary, A., (1977) Evaluation après un an et demi de fonctionnement d'un centre de soins de santé primaires et de développement communautaire dans le cercle de Kolokani. Thèse, médecine, Marseille.

18. Ondoua, P., Autour de la médecine traditionnelle. Médecine d'Afrique, No. 21
19. OMS, (1954) Education pour la Santé de la population. Séries de Rapports techniques, No. 89, Genève.
20. OMS, (1957) Formation du personnel sanitaire à l'éducation sanitaire de la population. Série de Rapports techniques, No. 156, Genève.
21. OMS, (1959) Préparation des enseignants à l'éducation pour la Santé. Séries de Rapports techniques, No. 193, Genève.
22. OMS, (1963) Education sanitaire en URSS. Cahier de Santé publique, No. 19, Genève.
23. OMS, (1970) A la recherche d'une philosophie de l'action médico-sanitaire dans la Région africaine. Cahiers techniques AFRO, No. 1, Brazzaville.
24. OMS, (1970) Une conception intégrée des services de santé publique dans la Région africaine. Cahiers techniques AFRO, No. 2, Brazzaville.
25. OMS, (1970) Evaluation des centres de santé. Cahier de Santé publique, No. 48, Genève.
26. OMS, (1973) Interactions entre les programmes de santé et le développement socio-économique. Cahier de Santé publique, No. 49, Genève.
27. OMS, (1973) Les activités d'hygiène du milieu dans le contexte d'un concept intégré des services de santé de base. Cahiers techniques AFRO, No. 5, Brazzaville.

28. OMS, (1968-1973) Progrès sanitaires en Afrique. Cahiers techniques AFRO, No. 6, Brazzaville.
29. OMS, (1973) Planification sanitaire nationale, approches et conceptions. Cahier de Santé publique, No. 46, Genève.
30. OMS, (1974) Méthodes modernes de gestion et organisation des services de santé. Cahier de Santé publique, No. 55, Genève.
31. OMS, (1974) Stratégies de l'enseignement des personnels de santé. Cahier de Santé publique, No. 61, Genève.
32. OMS, (1975) Les soins de santé primaires. Séries de Rapports techniques, No. 3, Genève.
33. OMS, (1975) Soins médicaux en zones rurales. Cahiers techniques AFRO, No. 10, Brazzaville.
34. 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.
35. OMS, (1976) Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique. Rapport des discussions techniques, document AFR/RC26/TD/WP/1, Brazzaville.
36. OMS, (1976) Médecine traditionnelle africaine. Série de Rapports techniques AFRO, No. 1, Brazzaville.



37. OPS/OMS, (1977) Extension de la couverture des services de santé de base sur les stratégies de services de santé primaires et participation à la communauté, REM SA4 (Esp.), Rév. 1.
38. OMS, (1978) La santé par le peuple pour le peuple à santé pour tous en l'an 2000. Cahiers techniques AFRO, No. 14, Brazzaville.
39. OMS, (1978) Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du Directeur général de l'OMS et du Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Genève, New York.
40. Quenum, A. A., (1965) Education sanitaire en Afrique, Rév. int. Educ. santé, 8, No. 2.
41. Quenum, A. A., (1975) Rapport annuel du Directeur régional au Comité régional de l'Afrique, Vingt-cinquième session. Introduction, OMS, Brazzaville.
42. Sankalé, M., (1969) Médecins et action sanitaire en Afrique noire. Présence africaine.
43. Sene, M., (1976) Participation des populations au développement. Séminaire national sur l'alimentation et la nutrition au Mali, Bamako.
44. Sene, M., (1976) Un projet d'allègement du travail des femmes au Mali. Carnets de l'enfance, extrait du No. 36 - octobre-décembre, UNICEF.
45. Traoré, Z., Exposé sur la situation du mouvement coopératif au Mali, Bamako. Direction nationale de la Coopération.
46. Weerd Guidode, (1975) Participation régionale et locale au développement. Commission nationale de Réforme administrative, Bamako.