

*Ecole Nationale de Médecine  
et de Pharmacie du Mali*

77-11-19

**A LA RECHERCHE D'UNE STRATEGIE  
DE L'EDUCATION POUR LA SANTE  
EN MILIEU RURAL AU MALI**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement  
le 14 Décembre 1977 devant l'Ecole  
Nationale de Médecine et de Pharmacie  
du Mali

par :

**FODE COULIBALY**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

**Jury :**

Président :

Professeur Pierre PENE

Juges :

*Docteur: Sidi Yaya Simaga*

*Docteur: Sanoussi Konaté*

*Docteur Hubert Balique*

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

---

ANNEE ACADEMIQUE 1976-1977

---

Directeur Général : Professeur Aliou BA  
Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL  
Secrétaire Général : Monsieur Godefroy COULIBALY  
Econome : Monsieur Moussa DIAKITE  
Conseiller Technique : Professeur Agr. Philippe RANQUE.

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

---

Professeurs :

- Yves MILLET : Physiologie, Marseille  
- Sadio SYLLA : Anatomie-Dissection, Dakar  
- Oumar SYLLA : Chimie organique, Dakar  
- Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie, Dakar  
- G. G R A S : Toxicologie-Hydrologie, Dakar  
- J. JOSSELIN : Biochimie, Dakar

Docteurs :

- K O P P : Anatomie pathologie-Histologie, Marseille  
- LAFFARGUE : Obstétrique, Marseille  
- CHEVRIER : Biochimie, Dakar  
- Richard 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 CLINIQUE

---

### Docteurs :

- |                         |                                      |
|-------------------------|--------------------------------------|
| - Paran SAMAKE          | - Psychiatrie                        |
| - Aly GUINDO            | - Sémiologie digestive               |
| - Abdoulaye AG-RHALY    | - Sémiologie rénale                  |
| - Sory KEITA            | - Microbiologie                      |
| - Yaya FOFANA           | - Microbiologie                      |
| - Moctar DIOP           | - Sémiologie <del>chirurgicale</del> |
| - Balla COULIBALY       | - Pédiatrie-Médecine du Travail      |
| - Bénitiéni FOFANA      | - Obstétrique                        |
| - Mamadou Lamine TRAORE | - Gynéco-Obstétrique-Médecine légale |
| - Boubacar Cisse        | - Dermatologie                       |
| - Yacouba COULIBALY     | - Stomatologie                       |
| - Sidi Yaya SIMAGA      | - Santé publique                     |

### Mesdames :

- |                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| - CAMARA (Sarata) MAIGA | - Chimie organique |
| - KEITA (Oulématou) BA  | - Biologie animale |

### Monsieur :

- |            |                     |
|------------|---------------------|
| - ESPINOZA | - 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-Toxicol.
- Marie-Colette DEFONTAINE : Gynécologie-Hématologie
- Emile LOREAL : O.R.L.
- Gérard TRUSCHEL : Anatomie-Traumatologie-Sémiologie chirurgic.
- Henri DUCAM : Pathologie cardio-vasculaire
- Boukassoum HAIDARA : Galénique-Chimie organique
- Elisabeth ASTORQUIZA : Epidémiologie
- Hubert BALIQUE : Santé publique
- Remy FAURE : Radiologie
- Elie HAMAOUI : Urologie

### Madame :

- Brigitte DUFLO : Sémiologie digestive

### Professeurs :

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

### Messieurs :

- OLLER - Hydrologie
- MARTIN - Chimie analytique.

-----

A MES GRANDS PARENTS IN MEMORIAN

A MON PERE ET A MA MERE

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout  
ce que vous avez fait pour moi.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MA BELLE FAMILLE

A MONSIEUR MAMADOU BLONKO DIAKITE I T E M A

Affectueuses pensées

A MES ONCLES

A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS

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

A ~~TOUS~~ ~~MES~~ MAITRES DU PREMIER CYCLE

A MES MAITRES DU SECOND CYCLE

- Mr. Sory KEITA
- Mr. Fassiki DOUMBIA
- Mr. Mamadou SACKO

A TOUS MES PROFESSEURS DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI POINT "G"

Tous mes sentiments de profonde gratitude.

A TOUS MES AMIS

Je n'abstiendrai de citer les noms par peur d'en oublier.  
Je vous dis ceci: "le vrai ami c'est celui des moments  
difficiles".

A TOUS MES PROMOTIONNAIRES

En souvenir du bon vieux temps.

A TOURE LA PROMOTION 1972-1977 DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI POINT "G"

Pour dire courage aux uns, félicitations aux autres

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Courage et Persévérance

A LA MEMOIRE, DE NOTRE COMARADE AEDOULAYE KONATE

" Rose tu as vécu ce que vivent les roses l'espace  
d'un matin".

AU DIRECTEUR DE LA SECTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

MONSIEUR YACOUBA ROUAMBA

A TOUT LE PERSONNEL DE LA SECTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

AUX SECRETAIRES DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

- Monsieur Vathine DIALLO
- Monsieur Lassana TRAORE

Mes Vifs remerciements

A TOUS CEUX QUI DE QUELQUE FONCTION QUE SOIT OEUVRENT POUR L'AMELIORATION  
DES CONDITIONS DE VIE DES MASSES RURALES,

Je dédie ce modeste travail.

Puisse-t-il être une source de meilleure motivation.

AU DOCTEUR HUBERT BALIQUE

Vous avez proposé ce sujet et vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury. Au cours de nos stages à Massantola nous avons été séduits par votre esprit de sacrifice, l'amour que vous avez du monde rural. Puisse votre lumière nous éclairer tout le long de notre chemin.

AU DOCTEUR SANOUSSI KONATE

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

AU DOCTEUR SIDI YAYA SIMAGA

En remerciement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Homme et respect.

../.

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE PENE  
DIRECTEUR DE L'U.E.R. DE MEDECINE ET DE SANTE TROPICALES  
MARSEILLES

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la  
présidence de notre Jury de Thèse.

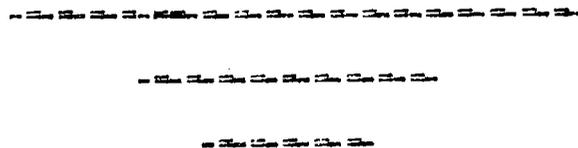
Soyez assuré de notre reconnaissance et de  
notre profond respect.

../..

- T A B L E      D E S      M A T I E R E S      -

---

	P a g e s
1.- <u>INTRODUCTION</u> .....	1
2.- GENERALITES.....	3
3.- IMPORTANCE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE.....	10
4.- QU'EST-CE QUE L'EDUCATION POUR LA SANTE .....	30
5.- L'EDUCATION POUR LA SANTE AU MALI.....	46
6.-ANALYSE CRITIQUE.....	62
7.- PROPOSITIONS.....	65
8.- CONCLUSION.....	76
9.- ANNEXE.....	78
10.- BIBLIOGRAPHIE.....	89



I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

-----

Aujourd'hui encore, à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle il existe à travers le monde des millions d'hommes sans aucun secours médical. Certains en ont mais les problèmes de santé posés à eux ne sont que très partiellement résolus. Chaque jour des hommes meurent de maladies curables ou de maladies qu'ils auraient pu éviter. Des hommes victimes, de leur ignorance ne savent pas toujours ce qu'il convient de faire et pourtant d'énormes sommes ont été dépensées, de grands projets élaborés, exécutés. La situation sanitaire s'est relativement améliorée depuis Pasteur mais elle demeure catastrophique en maints endroits. Au Mali, les français sont restés pendant 60 ans; ils ont essayé d'importer des idées nouvelles. Depuis 17 ans le Service National de Santé Malien a pris le relai. Cependant en pénétrant les villages on réalise sans contestation possible que les comportements ont peu changé; les idées d'autrefois sont toujours tenaces, des enfants continuent de mourir comme si rien n'avait progressé depuis des millénaires. C'est pourquoi il est temps, temps de méditer sur cette maxime chinoise qui dit :

" Si tu fais des projets pour un an sème du blé. Si tu fais des projets pour dix ans, plante des arbres. Si tu fais des projets pour cent ans, fais l'éducation des hommes ".

L'éducation pour la Santé qu'a défini Parisot comme " étant tout à la fois une science qui se réclame d'une pédagogie nouvelle et très particulière. La biologie, la psychologie, l'ethnologie, la biostatique, la démographie, les sciences de l'homme, mais surtout l'hygiène, la médecine préventive, les sciences médicales et sociales, les techniques et méthodes éducatives notamment celles qui ont trait à l'enseignement audiovisuel fournissent à l'éducation sanitaire ses principes et ses bases, sa doctrine et ses moyens d'action", ne peut être que la bienvenue dans ce contexte. Elle n'est pas une gymnastique de l'esprit. Elle est le fruit d'une nécessité. Des campagnes ont échoué il faut le reconnaître. Elles sont si nombreuses qu'il y a lieu de se poser deux questions au Mali :

- Peut-on obtenir un meilleur état de santé dans la conjoncture économique actuelle ?

- Peut-on accéder à un niveau supérieur de santé tout en restant africain ?

Notre souci étant l'élévation du niveau de santé à tout prix , nous tenterons dans ce travail de trouver une stratégie de l'Education pour la Santé en milieu rural où le problème se pose avec une importance toute particulière.

Dans un premier temps nous nous efforcerons d'analyser le comportement actuel des populations rurales afin d'en dégager les éléments susceptibles de le modifier, de rechercher des solutions efficaces aux problèmes de santé en respectant les grandes données de la culture africaine.

Dans un deuxième temps, nous ferons le bilan des actions entreprises en matière d'éducation pour la santé pour permettre de porter un jugement critique.

Dans un troisième temps , nous proposerons une approche nouvelle de l'éducation pour la santé applicable au Mali.

-----

PREMIERE PARTIE  
GENERALITES

GENERALITESI.- DONNEES PHYSIQUESI.1.- Situation du pays

Pays continental de l'Afrique de l'Ouest, le Mali occupe une superficie de 1.204 000 km<sup>2</sup> avec une population de 6.000.000 d'habitants environ. Il s'étend entre le 25<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> degré de latitude Nord d'une part, le 4<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> degré de longitude Ouest d'autre part.

I.2.- Relief

Le pays se divise en deux zones principales :

- Au Sud-Est une succession de savane et de plateaux latéritiques
- Au Nord le Sahara limité par le massif montagneux : l'Adrar des Iforas

Ces deux zones sont séparées par le bassin du Niger qui est une région fertile.

I.3.- Climat

Il est dominé par deux saisons :

- La saison sèche qui va de Novembre à Mai comprend de Novembre à Février une saison fraîche. La période des grandes chaleurs va de Mars à Mai.

- La saison des pluies caractérisée par une température plus basse occupe le reste de l'année. Il existe trois types de climats en allant du Sud au Nord.

- Le climat Soudanien: la pluviométrie est de l'ordre de 800 mm. Les pluies s'étendent sur une durée de 7 mois.

- Le climat Sahélien: la durée des pluies va d'un à quatre mois. La pluviométrie est supérieure à 700 mm.

- Le climat Saharien : la pluviométrie est basse avec des pluies très irrégulières. Ce climat est désertique.

I.4.- La végétation :

On distingue :

- le désert : 30 % du pays
- la steppe subdésertique 21 % du pays
- la steppe boisée 16 % du pays
- la savane parc herbeuse : 27 % du territoire
- la savane boisée 6 % du territoire.

## I-5.- L'hydrographie

Le pays est arrosé par deux principaux fleuves prenant leur source en Guinée: le Niger, le Sénégal.

### I.6.- Voies de communications

#### - Réseau routier

Il n'est pas bien développé et constitue un véritable problème. Il comprend 18.000 Km de route dont :

- 5 690 Km d'intérêt national
- 5 595 Km d'intérêt régional
- Le reste est constitué de pistes non praticables en toutes saisons.

#### - Réseau ferroviaire

La voie Dakar Niger constitue la principale voie d'exportation et d'importation.

#### - Réseau aérien

Il existe un aéroport international ( Bamako-Senou) et 43 terrains d'atterrissage.

## 2.- DONNEES HUMAINES

### 2.1.- Histoire

Dérivé de nombreux grands ensembles noirs de l'Afrique Occidentale, le Mali est un pays à histoire riche. Depuis les temps anciens il existait des grands empires tels que ceux de Ghana, Mali, Gao.

La période historique vraie commence au VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> siècles avec l'expansion arabe.

La pénétration coloniale française a commencé à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle.

Après l'échec de la Fédération du Mali qui l'unissait au Sénégal en 1958 le Mali devient une République indépendante le 22 Septembre 1960 avec comme devise : Un peuple, Un but, Une foi.

### 2.2.- Organisation Administrative

Le territoire national est divisé en 6 Régions, 42 Cercles, 200 Arrondissements, 10 368 villages.

La Région est administrée par un Gouverneur, le Cercle par un Commandant l'Arrondissement par un Chef d'Arrondissement.

### 2.3.- Démographie

#### 2.3.1. - Population :

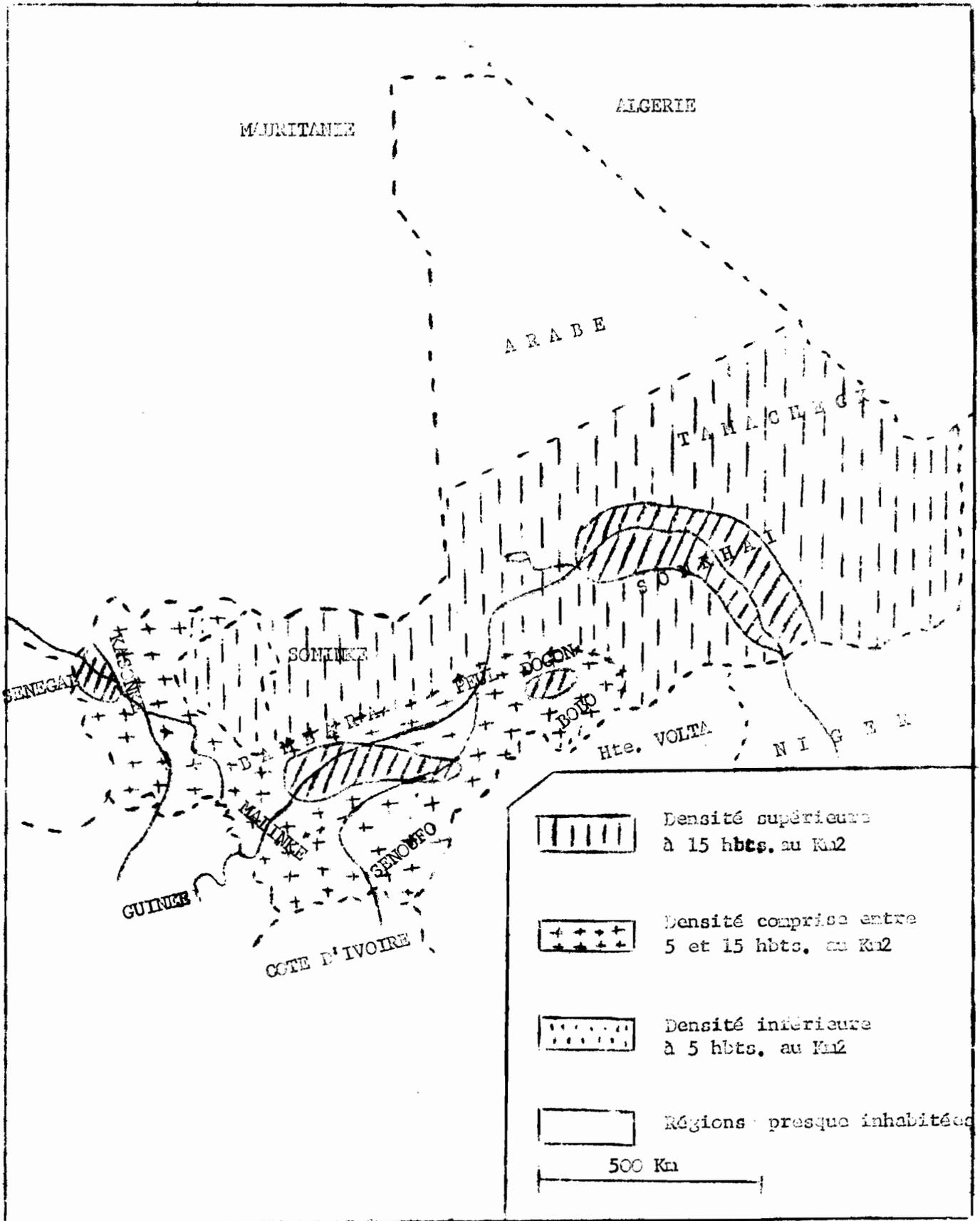
- Le Mali a une population de 6 000 000 d'habitants environ.
- Natalité : le taux moyen est de 55 pour mille
- Mortalité : le taux brut est de 30 pour mille
- Espérance de vie à la naissance : elle est de 35 ans
- Taux d'accroissement de la population : plus de 25 pour mille

#### 2.3.2.- Répartition de la population

- La densité est très irrégulière, elle est plus forte au Sud et sur les Régions côtières des fleuves. La densité moyenne est 4,7 habitants au Km<sup>2</sup>.
- Densité du Cercle de Bamako:23 habitants au Km<sup>2</sup>
- Densité au Nord ( désert ):0,1 habitant au Km<sup>2</sup>

REPARTITION DE LA POPULATION SELON LA DENSITE ET LES ETHNIES

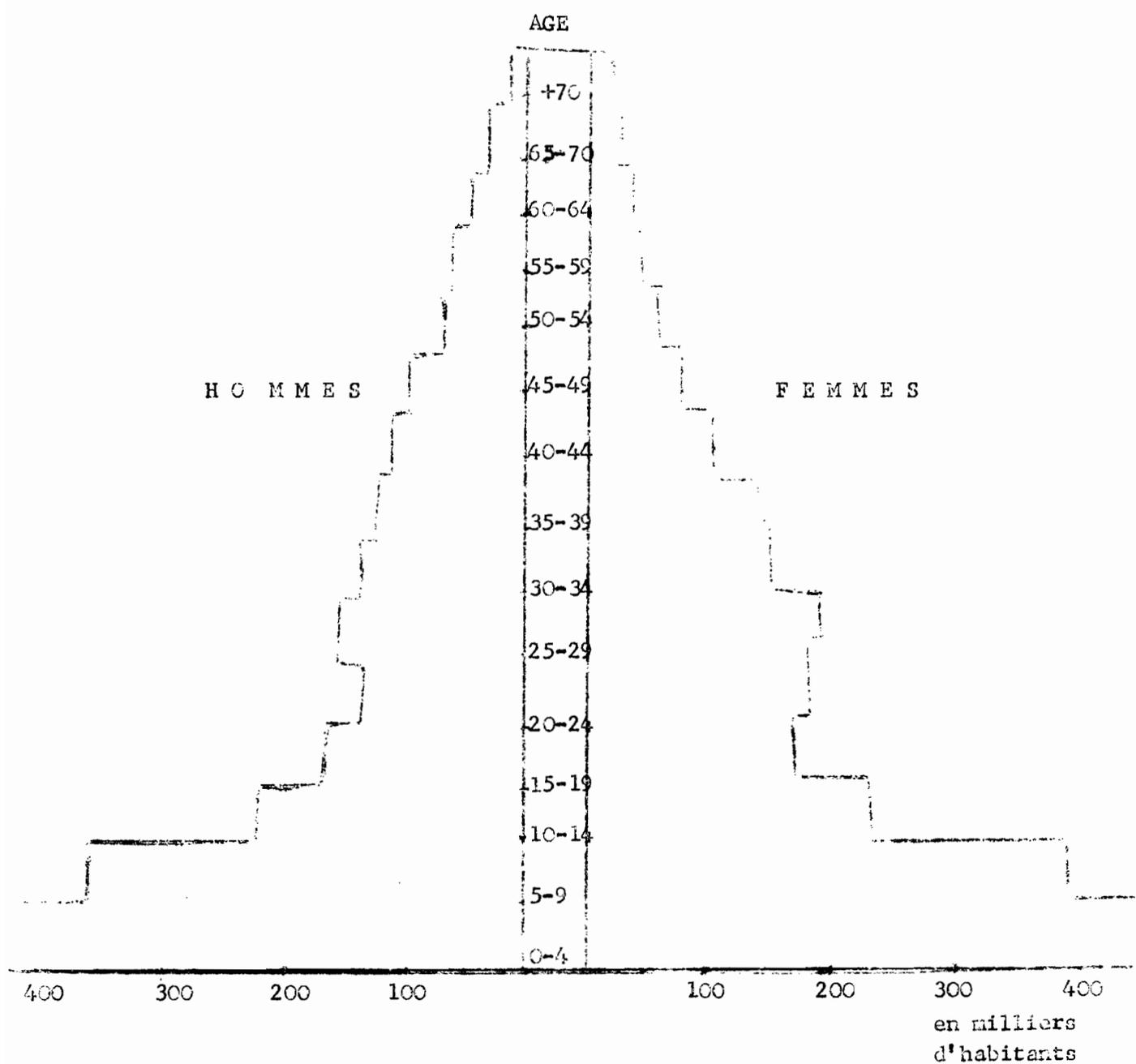
( D'APRES I.B. TRAORE et D. AUBRIOT 1970 )



### 2.3.3.- Répartition de la population selon l'âge

C'est une population marquée par sa jeunesse .

#### PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION MALIENNE D'APRES PROSPECTIVE DEMOGRAPHIQUE



#### 2.3.4.- Répartition entre le milieu Rural et Urbain

La population malienne est essentiellement rurale ( 85 % ) . Malgré un grand effort d'instruction accompli depuis 16 ans, la population est analphabète à 80 % et le taux de scolarisation actuel est de 25 %

#### 2.3.5.- Répartition par ethnies

- BAMBARAS.....	1.360.000
- MALINKES.....	250.000
- LIOUANAS.....	57.000
- SARAKOLES.....	354.000
- SONRAIS.....	255.000
- DOGONS.....	200.000
- BOZOS.....	15.000
- TOUCOULEURS.....	63.000
- PEULHS.....	446.000
- ETWACHECKES.....	210.000
- HAURES.....	79.000
- MINFANKAS.....	370.000
- BOLES.....	87.000
- MOSSIS.....	15.000
- OUOLOFE.....	6.000
- DIVERS.....	363.000

On remarque une assez 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.

#### 2.3.6.- Répartition par Religions

- Musulmans.....	68 %
- Animistes .....	30 %
- Catholiques.....	1 %
- Protestants.....	0,4 %
- Autres.....	0,6 %

Le Mali est un pays musulman mais les pratiques ancestrales restent courantes surtout en milieu rural.

#### 2.4.- Economie

Le Mali est un pays à vocation essentiellement agro-pastorale.

La production agricole comprend :

- Les céréales: mil, sorgho, maïs, fonio, légumineuses, légumes et fruits,

- Les cultures industrielles : arachide , coton, karité.

Les Ressources pastorales comprennent :

- Bovins
- Ovins
- Caprins
- Porcins

Ressources minières : Elles sont peu importantes, les prospections sont toujours en cours .

Il existe quelques industries de transformation.

Le revenu par habitant est de : 39 US \$ .

-----

DEUXIEME PARTIE  
L'IMPORTANCE DE L'EDUCATION  
POUR LA SANTE

## 2.- I.- SITUATION SANITAIRE

### 2.1.- L'Infrastructure Sanitaire

#### 1°) Organisation

Au Mali la Médecine est publique, gratuite ( théoriquement). Elle est placée sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales. On y distingue deux divisions :

- Division de la Médecine curative
- Division de la Médecine socio-préventive qui se subdivise en sections:
  - . Maladies transmissibles
  - . P.M.I.
  - . Médecine et Hygiène scolaires
  - . Hygiène et Assainissement
  - . Education pour la Santé
  - . Nutrition
  - . Hygiène mentale
  - . Lutte contre la Tuberculose

#### 2°) Equipement

Le pays est doté :

- au niveau national de 2 Hôpitaux nationaux médiocrement équipés mais aux incidences coûteuses tant du point de vue du personnel que de celui des moyens financiers. Les principales spécialités ( Cardiologie, Gastro entérologie, Gynéco-Obstétrique, Radiologie - Laboratoire, Neurologie) y sont représentés.
- au niveau régional il existe un Hôpital régional qui est à l'image des Hôpitaux nationaux mais dont les moyens sont beaucoup réduits.
- au niveau du Cercle: 35 Cercles sont dotés d'un Centre de Santé de Cercle qui doivent être dirigés par un Médecin dont le rôle est de coordonner l'ensemble des activités de Santé Publique. Le Centre comprend : un Dispensaire, une Maternité, un Secteur des Grandes Endémies.
- au niveau de l'Arrondissement se trouve un Dispensaire que dirige un Infirmier du premier Cycle et souvent une Maternité rurale tenue par une matrone rurale.
- au niveau des quartiers de ville, certains gros villages existent des Dispensaires et Maternités rurales rayonnant sur 5 à 10 villages regroupés en Secteur Sanitaire de Base.

( Statistiques Direction Nationale de la Santé Publique 1974 )

	Nombre de Cercles	Population totale	Personnel				
			Médecin diplômé	Infirmier diplômé	Sages Femmes	Infirmier 1er Cycle	
Cercles dont le Chef Lieu n'est pas également Chef-lieu de Région	23	2.064 404	Nombre	0	46	17	213
			Popul./Diplômé	-	1/45000	1/120000	1/10000
Zone A Cercles sans Médecin	13	1 747 432	N.	13	46	20	216
			P/D.	1/135000	1/37000	1/37000	1/3000
Zone B Cercles avec 1 Médecin	5	971 176	N.	36	73	27	195
			P/D.	1/27000	1/12500	1/36000	1/5000
Cercles Chefs-lieux de Région (sauf Bamako)	41	4 703 012	N.	49	170	64	624
			P/D.	1/97612	1/28135	1/74734	1/7665
Total Mali sauf Cercle de Bamako	1	397 325	N.	80	107	109	361
			P/D.	1/5000	1/4000	1/2000	1/1100
Cercle de Bamako (Ministère, Direction, Hôpi- taux, Dispensaires)	42	5 130 337	N.	125	277	253	985
			P/D.	1/40000	1/13000	1/20000	1/5000
Total Mali							

Il est encore loin de couvrir par son importance les besoins du pays .  
De plus, sa très mauvaise répartition comme le montre le tableau ci-dessus,  
laisse les zones rurales extrêmement démunies.-

4°) - BUDGET DE LA SANTE

Il est d'autant plus incapable de répondre aux besoins du pays que le Mali a opté pour une Médecine gratuite. De plus, la Médecine urbaine ne laisse que des miettes aux populations rurales, pourtant les plus nombreuses et plus nécessiteuses.

BUDGET DE LA SANTE ( 1974 )

BUDGET ANNUEL	3.318 831 000 F	100 %
dont Personnel	1.893 107 000 F	57 %
Matériaux & Médicaments	1.425 722 000 F	43 %

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

REPARTITION DU BUDGET MATERIAUX ET MEDICAMENTS (1 425 722 000 F)				
Dénomination des Chapitres	% de la totalité	Répartition	% du chapitre	Pourcentage de la totalité
1- Centres 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 "G"	28,6 %	7,1 %
		Gab. TOURE	24,5 %	6,1 %
		Kati	6,8 %	1,7 %
		Autres Hôpi	39 %	9,7 %
		Total	100 %	24,8 %
3- Médecine Socio-Préventive	19,3 %	Lutte Anti	31 %	6 %
		Hygiène	24,9 %	4,8 %
		Gdes. Endém.	11,7 %	2,3 %
		Vaccination	10,6 %	2 %
		P.M.I. Bko	10,6 %	2 %
		Méd. Scolaire	5,3 %	1 %
		Hygiène Ment.	4,2 %	0,8 %
		Sc. Nutrit.	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 (Ecoles, etc..)	11,1 %			11,1 %
Total	100 %			100 %

## 2.2.- Les Statistiques Sanitaires

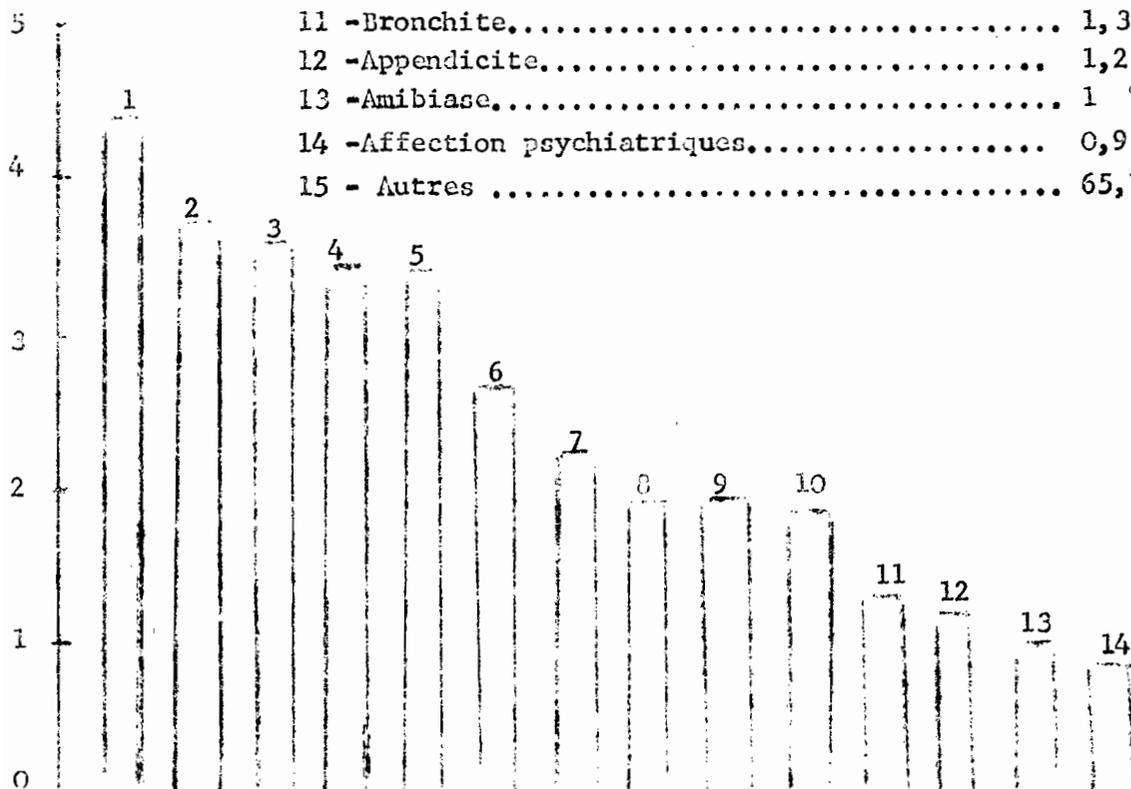
### 1°)- Statistiques du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales

Les informations dont nous disposons proviennent du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Bien qu'elles soient extrêmement peu fiables, elles donnent cependant une valeur indicative de la réalité.

#### . Morbidité générale

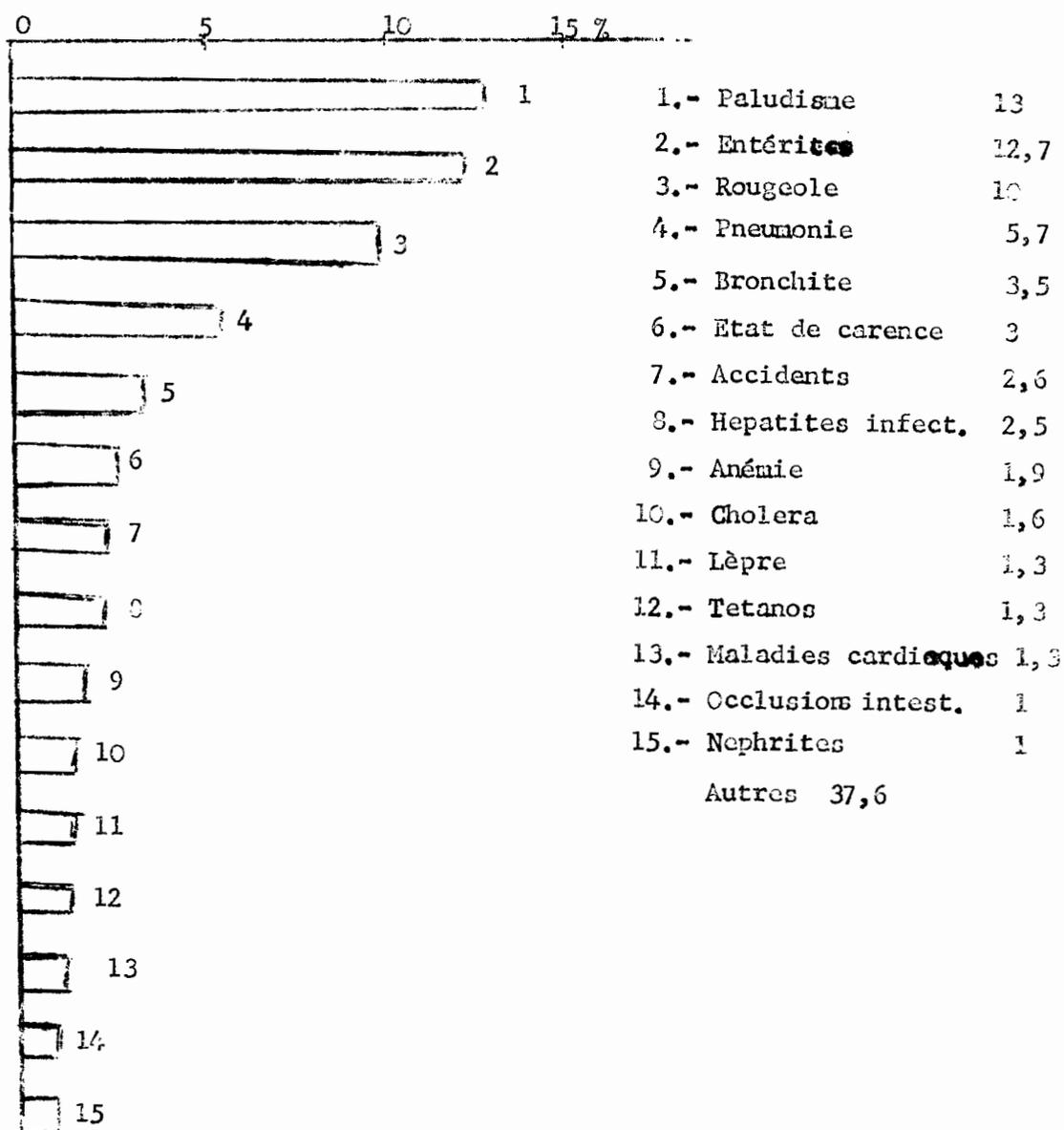
( Statistiques Direction Générale de la Santé 1974 )

1.-Enterites et diarrhées.....	4,5%
2 -Hémorragies obstétricales.....	3,8 %
3 -Affections Genito-urinaires.....	3,7 %
4 -Paludisme .....	3,5 %
5 -Occlusions intestinales + Hernies.....	3,5 %
6 -Infections aiguës des voies respiratoires ..	2,7 %
7 -Avortements.....	2,6 %
8 - Affections dermatologiques.....	2 %
9 -Pneumonie.....	2 %
10 -Rougeole.....	1,9 %
11 -Bronchite.....	1,3 %
12 -Appendicite.....	1,2 %
13 -Amibiase.....	1 %
14 -Affection psychiatriques.....	0,9 %
15 - Autres .....	65,7 %

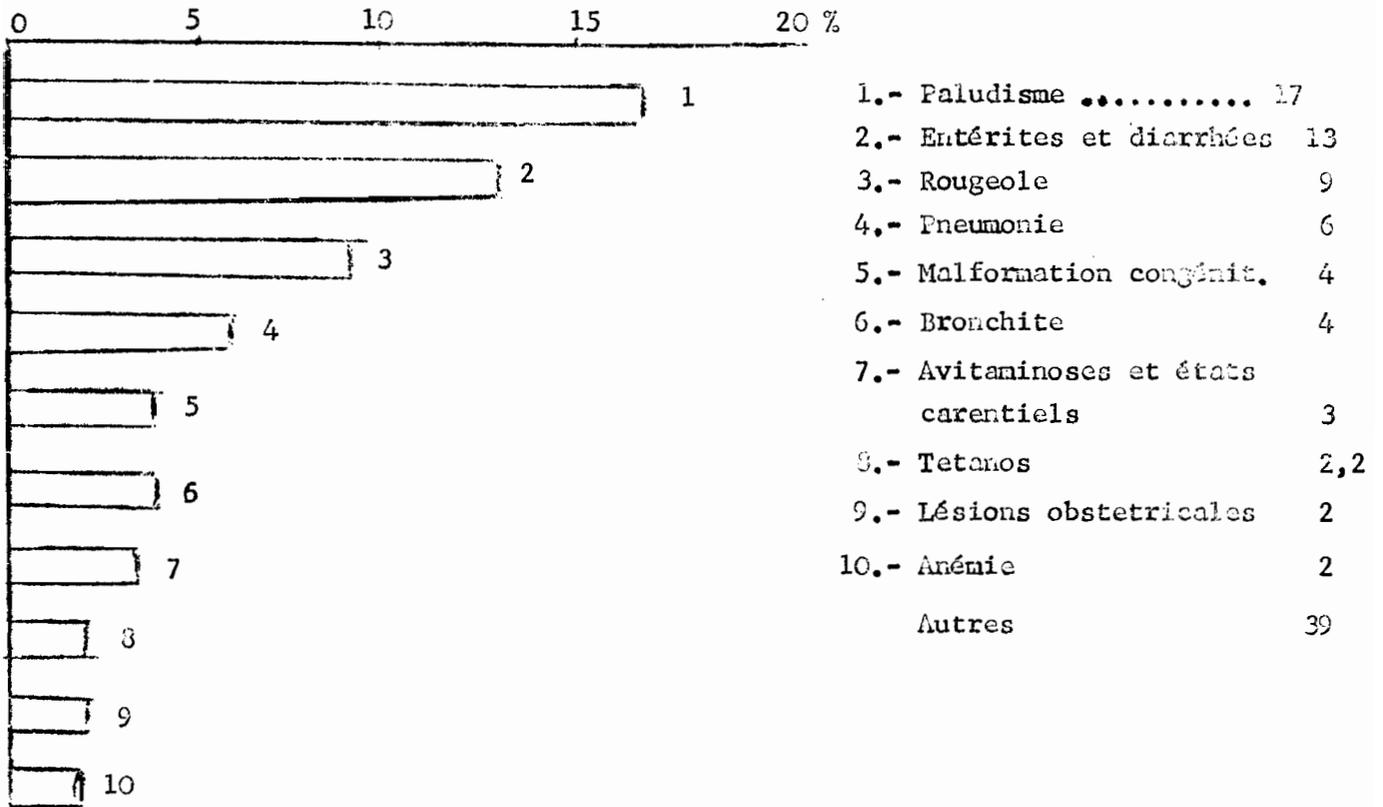


. Mortalité Générale.

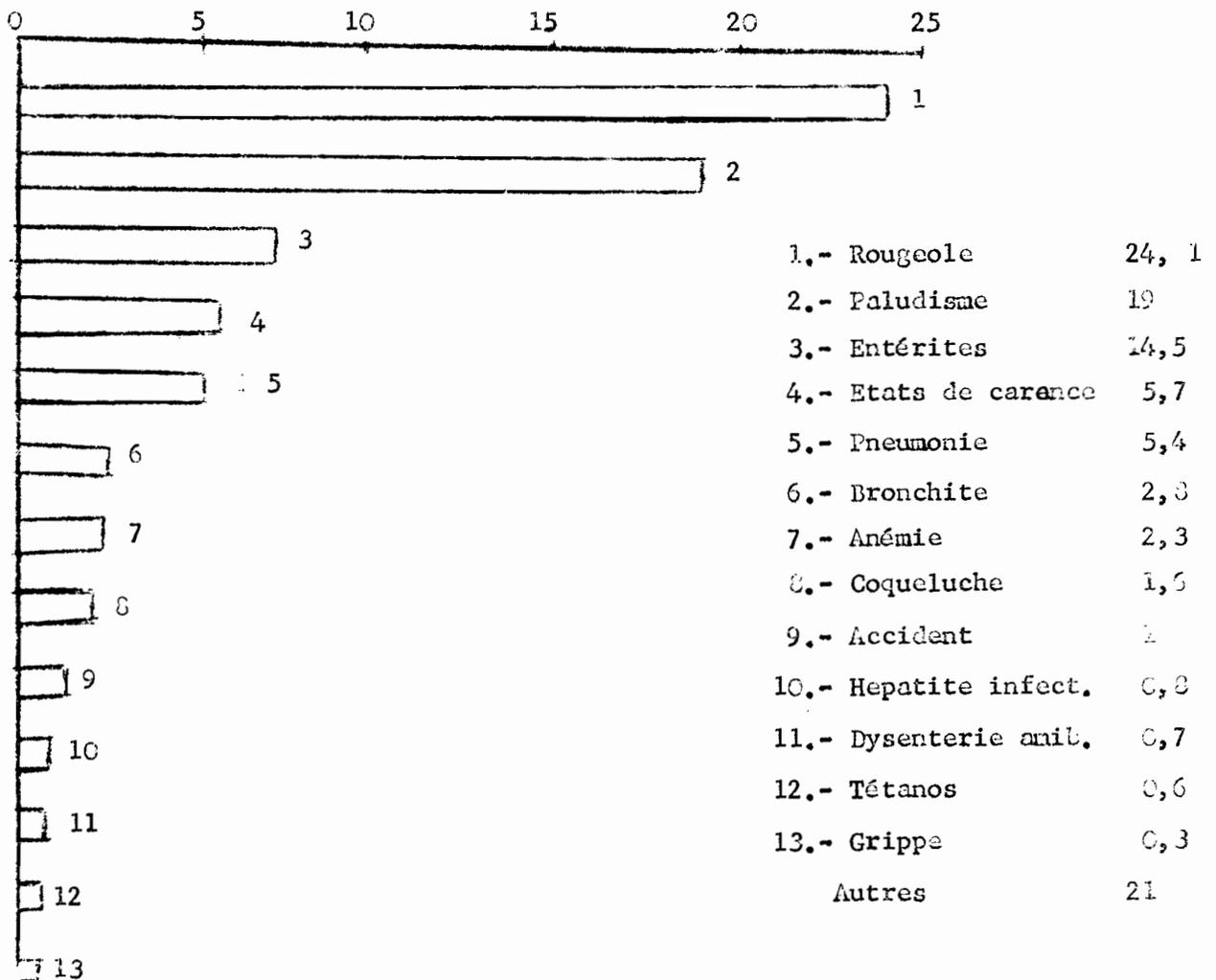
( Statistiques Direction Générale de la Santé 1974)



MORTALITE DES ENFANTS DE 0 à 1 an.  
 ( STATISTIQUES DIRECTION GENERALE DE LA SANTE 1974 )



MORTALITE DES ENFANTS DE 1 à 4 ans.  
 ( STATISTIQUE DIRECTION GENERALE DE LA SANTE 1974 )



## 2°) Enquêtes épidémiologiques

Une enquête effectuée en 1976 par SIDIBE (36) a donné les taux de mortalité suivants :

- Mortalité néonatale précoce : 83 pour mille
- Mortalité néonatale tardive : ( 8j. à 1 mois ) : 116 pour mille
- Mortalité infantile (avant 1 an ) : 237 pour mille
- Mortalité de 1 à 4 ans : 109 pour mille
- Mortalité avant 5 ans : 346 pour mille
- Mortalité avant 15 ans : 400 . pour mille

La même enquête a donné pour les enfants de 1 à 4 ans les taux suivants :

- Prémalnutrition : 44,4 pour mille
- Malnutrition vraie 4,9 pour mille

## 3°) L'image de la situation sanitaire

L'Etude de ces données confrontée à l'expérience de chaque Médecin permet de mettre en évidence la prédominance d'une pathologie infectieuse, parasitaire et nutritionnelle dominée par la rougeole, le paludisme les diarrhées, les pneumopathies auxquelles s'ajoutent onchocercose, helminthiases, tétanos, trachome, lèpre, tuberculose etc... Ce sont les enfants de moins de 5 ans qui de loin en supportent les frais.

### 2.3.- Analyse des priorités sanitaires

#### 1°) Le paludisme

Il représentait en 1974

- 3,5 % de la morbidité générale
- 13 % de la mortalité générale
- 17 % de la mortalité infantile de 0 à 1 an
- 19 % de la mortalité des enfants de 1 à 4 ans

#### . Causes

Pollution des vecteurs anophèles due à la persistance d'eaux stagnantes.

#### . Méthodes de lutte

- curative
  - chimiothérapie
- préventive
  - rupture du cycle par
    - lutte contre l'anophèle
    - lutte contre les eaux stagnantes
    - utilisation de moustiquaires
    - chimio prophylaxie.

. Comportements souhaités

- les personnes empêchent les eaux de stagner
- Elles utilisent des moustiquaires
- Elles pratiquent la chimioprophylaxie
- Elles respectent les règles thérapeutiques

2°) Diarrhées

Elles représentaient en 1974

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

. Causes

- Manque de système d'évacuation des excréta et des ordures ménagères
- Eau impropre destinée à la consommation
- Absence d'hygiène alimentaire

. Méthodes de lutte

- Curative  
traitement des sujets malades
- Préventive  
construction de latrines, de fosses à compost  
stérilisation de l'eau par ébullition, utilisation

des canaris à filtres, produits chimiques, aménagement et ~~protection~~ des puits.

. Comportements souhaités

- Les gens contruisent des latrines, des fosses à compost suivant les règles adéquates de l'hygiène .

- Ils protègent les aliments contre les mouches, la poussière, et se lavent proprement les mains avant de manger.

- Ils consomment l'eau potable après ébullition, utilisation de canari à filtre, produits chimiques, aménagement et entretien des puits.

### 3°) Le tétanos

Il représentait en 1974

- 1,3 % des causes de mortalité générale
- 2,2 % des causes de mortalité infantile avant 1 an
- 0,6 % des causes de mortalité des enfants de 1 à 4 ans

#### . Causes

- Section du cordon ombilical avec un instrument non stérile
- Plaies non soignées
- Circoncision avec un instrument non stérile
- population non immunisée

#### . Méthodes de lutte

- Curative

couteuse et aux résultats non satisfaisants

- Préventive avant tout

- Vaccination des femmes en grossesse pendant le 7ème et 8ème mois ou à la rigueur serothérapie à la naissance .

- Accouchement à la maternité et usage d'instruments stériles pour la section du cordon ombilical, les circoncisions.

- Vaccination systématique de tout le monde.

#### . Comportements souhaités

- Les femmes accouchent à la maternité
- Les accoucheuses utilisent pour la section du cordon des objets stériles: lames de rasoir, ciseaux flambés etc...
- Les blessés acceptent de traiter correctement les plaies
- Les personnes acceptent les vaccinations lorsqu'on les leur propose.

### 4°) La Tuberculose

Cause importante de mortalité et de morbidité (prévalence environ 1 %)

#### . Causes

Mauvaises conditions de vie (hygiène, habitat, alimentation)

#### . Méthodes de lutte

- Curative

Dépistage précoce et chimiothérapie des sujets malades

- Préventive

- Stérilisation des bœufs de B.K.
- Vaccination par le BCG quand les enfants auront atteint le poids de naissance
- Meilleures conditions de vie

. Comportements souhaités

- Les femmes acceptent la vaccination de leurs enfants
- Tout sujet qui tousse, qui maigrit se rend au dispensaire
- Les populations améliorent leurs conditions d'hygiène, d'habitat et d'alimentation
- Les sujets dépistés se soumettent au traitement.

5°) La Rougeole

Elle représentait en 1974

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

. Causes

La maladie en est bénigne. Elle s'aggrave particulièrement dans certaines conditions :

- Etat nutritionnel déficient avant la maladie
- Interdits alimentaires pendant la maladie et autres coutumes néfastes

. Méthodes de lutte

- Curative

Traitement des malades en prévention des complications infectieuses éventuelles.

- Préventive

Meilleure alimentation des enfants avant, pendant et après la maladie

Vaccination

. Comportements souhaités

Les femmes associent systématiquement depuis l'âge de 6 mois la bouillie, les fruits, le poisson, la viande, le lait à l'allaitement maternel.

En cas de rougeole elles continuent ce régime, lavent proprement les enfants, les amènent au dispensaire suffisamment tôt afin de les soumettre au traitement précoce.

Elles se rendent au lieu de la vaccination.

En 1974 elle représentait :

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

. Les Causes

- Mauvais sevrage
- Interdits portant sur certains aliments quant à leur utilisation par les femmes enceintes, les enfants
- Mauvaise utilisation, des potentialités alimentaires sur le plan qualitatif que quantitatif.

. Méthodes de lutte

Curative

- Régime protidique. Traitement des complications.

Préventive

- Poursuite de l'allaitement maternel
- Introduction de complément à l'allaitement maternel à partir du 6<sup>e</sup> mois.
- Consommation par les femmes en grossesse, les enfants des aliments qui leur sont utiles
- Espacement des naissances
- Utilisation qualitative et quantitative des ressources alimentaires par toutes les couches d'âge.

. Comportements souhaités

- Les femmes continuent l'allaitement maternel aussi longtemps que possible.
- Elles complètent l'allaitement maternel à partir du 6<sup>e</sup> mois par la bouillie, les fruits, les oeufs, le lait, la viande etc...
- Elles acceptent l'espacement des naissances
- Les populations produisent qualitativement et quantitativement et utilisent mieux les ressources alimentaires disponibles.

7°) Les affections oculaires

Cause importante de morbidité

. Causes

( En oubliant l'onchocercose aux méthodes de lutttes mal définies

en dehors des programmes internationaux )

- Mauvaises conditions d'hygiène
- Traitement tardif des affections

. Méthodes de lutte

Curative

- Meilleures conditions d'hygiène
- Traitement précoce des affections

. Comportements souhaités

- Les malades ~~se font soigner~~ se font soigner précocement
- Les populations améliorent leurs conditions d'hygiène

CONCLUSION :

Cette analyse de la situation sanitaire met en évidence:

1°)- L'importance des comportements néfastes dans la genèse des maladies.

2°)- L'importance de comportements favorables dans la prévention, dans le traitement de ces mêmes affections .

Ceci nous amène à retenir l'extrême importance du comportement dans la lutte pour une meilleure santé des populations.

Nous allons essayer de pousser plus loin notre analyse en tentant de préciser l'origine des comportements en milieu rural.

Etant nous mêmes ~~Dan~~ dans ce milieu nous choisissons ce milieu qui nous est le mieux connu.

2.II.1.- DIFFERENTES VISIONS DU MONDE

Au Mali comme dans beaucoup de pays en voie de développement le monde est vu sous deux angles :

- Une vision qui aurait pour référence la science qui est l'apanage des intellectuels, des citadins. Elle serait rationnelle.

- Une vision traditionnaliste qui est propre au milieu rural. Elle est basée sur les expériences vécues, la coutume, la tradition.

Pour mieux illustrer ce point de vue prenons deux exemples :

Exemple 1.

Dans la recherche de l'emplacement de son champ, le citadin ou l'intellectuel se réfère aux conditions écologiques. Le climat, la végétation, la nature du sol sont les éléments susceptibles d'assurer un rendement mauvais ou meilleur. Pour sèmer, récolter, il ne prêtera oreilles qu'aux Agents de l'Agriculture qui assurent la diffusion, la vulgarisation des données scientifiques.

Le paysan tiendra compte lui aussi des conditions écologiques. Mais il ne s'arrêtera pas là. Il n'y a pas que les hommes, les animaux, les plantes sur terre. Il existe d'autres êtres invisibles qu'il ne faut pas provoquer. Pour sèmer, récolter il pourra écouter les conseils des Agents de l'Agriculture, il pourra également se baser sur les expériences quotidiennes: arrivée d'oiseaux migrateurs, floraison de certains arbres, variation de la température etc..., mais, il ne fera en toute sécurité qu'après avoir averti, honoré les génies, les mânes. C'est pourquoi tout au long des travaux champêtres, le paysan consultera sans cesse le monde de l'au-delà soit en recherchant lui-même les signes favorables ou défavorables dans l'application des secrets: (étude la position d'un poulet que l'on vient d'égorgé, qui se débat et meurt; chants d'oiseaux etc...) soit en consultant un spécialiste: géonancien, devins.

Exemple 2.

En cas d'épidémie de rougeole ou de méningite, les "modernes" s'informeront, ~~détecteront~~ la voie par laquelle la maladie a été introduite dans le milieu. Ils se rendront au dispensaire, chercheront à connaître les moyens permettant d'éviter l'affection en interrogeant le personnel médical, paramédical.

Les "classiques" rattacheront l'affection au monde des invisibles. C'est ainsi que dans les villages lors des épidémies de rougeole ont dit que pour mieux préparer leur festin, les "mangeurs de chair humaine" ont répandu la poudre de rougeole. Pendant cette période gare au hibou qui survolera le village. Il n'est autre que le sorcier "mangeur de chair humaine" transformé momentanément. Ceux-ci vivent en société secrète bien organisée. Ils ont la faculté de manger la chair d'un homme des orteils jusqu'au cou. Celui-ci vaguera à ses occupations mais toujours maladif. Il mourra le jour où sa tête sera touchée. Une maladie au long cours qui entraîne un mauvais état général est considérée donc comme l'action nocive des sorciers mangeurs (SURAKA) en Bambara.

2.II.2.- LA CONCEPTION MODERNE DU MONDE

Tout ce qui existe dans ce monde est visible, perceptible ou sensible. L'homme est le maître privilégié sur terre. Les causes des faits sont à rechercher autour de nous mêmes. Les maladies sont provoquées par des êtres minimes (maladies infectieuses, parasitaires), par l'usure de l'organisme plus ou moins fragile, pour des vices. L'organisme est comme un moteur dont les pièces sont des organes. Son arrêt de fonctionnement n'est autre que la mort.

2.II.3.- CONCEPTION TRADITIONNALISTE DU MONDE

Le monde que nous vivons n'est autre que l'image d'un autre invisible où résident les maîtres de l'univers: Dieu, les Anges, les Génies, les Mânes des ancêtres. Nous avons deux familles: une dont nous sommes membres pendant que nous vivons, une autre que forment nos parents qui sont morts. Nous connaissons un village dont les habitants une fois par an abandonnent les cases et vont passer la nuit à la belle étoile en brousse pensant que ce jour tous les "anciens morts" reviennent chez eux.

L'homme à lui seul ne peut " mener son bateau à bon port". Il a une puissance conditionnée. En milieu bambara on n'entreprend pas un voyage n'importe quel jour de la semaine, n'importe quel mois de l'année. Il est nécessaire de consulter le géomancien, faire éventuellement des sacrifices avant de l'entamer ( Ex. : écraser un oeuf au croisement de deux routes, égorger un poulet blanc sur une tombe etc... ). Tout cela constitue une manière d'informer les mânes, d'attirer leur faveur, d'écarter leur colère, de demander leur protection au cas où une force malveillante aurait décidé d'entraver ce périple.

Certains hommes peuvent quitter le domaine des visibles pour celui des invisibles. C'est le cas d'une femme présentant une symptomatologie hystérique qui après sa crise traduit ses hallucinations, d'un géomancien qui prédit, d'un homme qui après le rêve établit le rapport entre ce qu'il a vécu au cours du sommeil et les réalités de la vie. C'est enfin le cas de ceux qui ont la faculté de se transformer en animal.

Les sacrifices, les incantations, les arbres etc... sont des moyens mis à la disposition des hommes pour maîtriser la nature sous l'égide du monde invisible. Il réside en eux une force magique. Ils ont besoin d'être honorés, stimulés pour se **porter** efficaces. Les cérémonies organisées à ces occasions sont fonction de l'importance des fétiches. Souvent il s'agit de véritable fête pour les initiés. L'accès du village est interdit à tout étranger non initiés pendant que les enfants et les femmes ne quittent pas les cases. Beaucoup de boucs, de coqs sont égorgés. Sous les grands arbres le dolo (bière de mil) bouillonne dans des jarres alignées.

Nous devons enfin préciser qu'il existe encore de nombreuses personnes même dans les milieux religieux ou parmi les intellectuels originaires du monde rural qui restent très marqués par les croyances ancestrales et expriment leur attachement au monde passé. Nombreux sont les marabouts qui collaborent avec les fétichistes, les géomanciens, les herboristes. Beaucoup d'intellectuels croient à l'efficacité des fétiches qu'ils ont, cachés au fond <sup>de</sup> leurs valises, de leurs armoires.

Elle commence depuis le très bas âge. En effet depuis l'âge de quatre ans, les garçons cessent de manger avec les femmes, rejoignent le groupe des hommes. Des tâches leurs sont automatiquement assignées; prendre de l'eau avant les repas pour que les adultes se lavent d'abord les mains. Toute la communauté est chargée de leur éducation. Ont le droit et le devoir de les punir s'ils sont pris en faute toutes les personnes plus âgées qu'eux. Vers l'âge de huit ans ils adhèrent à un groupe formé par tous les jeunes garçons du village soumis à la contrainte des classes d'âge supérieur. Ils sont alors initiés au premier fétiche "n'tomo" qui est une société secrète. Les membres de cette société se rendent dans des champs à certains moments. Le produit de leur travail en commun servira à célébrer la fête du "n'tomo". Les jeunes filles aux côtés de leur mari évoluent parallèlement. Les rapports qui les unissent aux garçons de leur âge sont codifiés. Le jour de la fête du "n'tomo", elles sont chargées de la préparation des plats mais elles ne doivent pas chercher à percer le mystère du fétiche car elles ont leur propre société (dianko). L'âge de la circoncision est de 15 à 17 ans. Le jour, le mois, l'année ne sont pas choisis au hasard. Là interviennent aussi les géomanciens, les fétichistes. Après la circoncision les jeunes garçons sont initiés au Komo (fétiche des adultes) et placés tous sous un même hangar où règne une discipline de régiment. Un surveillant général qui est un homme d'âge mûr aidé par des encadreurs (adultes jeunes) sont chargés de l'éducation morale, physique, intellectuelle. Aucun nouvel initié n'a le droit de dire qu'il est rasasié, qu'il a faim ou sommeil. Tout le monde mange ensemble, chante ensemble, se couche ensemble. Si l'un d'entre eux pleure sous les coups de fouet, on lui amène une jarre qu'il doit remplir avec les larmes faute de quoi il sera fouetté davantage. Gare au parent qui ne supportera pas ces punitions, il sera lui même abandonné par tout le monde. Il ne sera pas aidé dans ses travaux champêtres. Personne ne compatira à sa douleur.

#### Conclusion :

Les traditionnalistes pensent que le monde que nous vivons n'est autre que l'image d'un autre où résident les "forces" de la nature. Nous sommes conditionnés mais nous pouvons nous élever en nous soumettant à la volonté des fétiches, des arbres, des morts, etc., en respectant la coutume, la tradition. Toute dérogation à cette ligne de conduite entraîne des sanctions sur l'individu, la collectivité. ..//..

## 2.11.5.- CONCEPTION DU MILIEU RURAL BAMBARA EN MATIERE DE DE SANTE, DE MALADIE

Le milieu rural n'est pas ignorant comme on le prétend très souvent. Il a sa conception sur la maladie, la santé, les médicaments, la mort. Ses connaissances et idées à ce sujet sont d'ailleurs très précises.

Il définit la santé tout simplement comme une absence des maladies.

Quant à ces dernières il les présente sous deux formes.

### 1°)- Les Maladies naturelles

Elles sont bénignes, habituelles conçues sans arrière pensée . C'est le cas d'une conjonctivite banale, une carie dentaire, une grippe, une diarrhée. Le malade entreprend un traitement avec les médicaments qu'on lui indique : écorce réduite en poudre, infusions de plantes.

### 2°)- Les Maladies mystérieuses ou surnaturelles

Elles sont chroniques, malignes. On rattache leur étiologie à une force extérieure. Elles échappent à toutes les thérapeutiques entreprises. Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire, d'un ~~ulcère~~ phagédénique, d'un accès pernicieux, d'un tétanos etc...

La démarche du stade de maladie " naturelle" à celui de maladie" surnaturelle" est fréquemment rencontrée . Ainsi une maladie dite " naturelle" qui se complique fait l'objet d'une consultation chez le thérapeute traditionnel ou le marabout. Ceux-ci doivent cerner la cause de l'affliction par des méthodes variables. En milieu bambara la géonancie ( Cen ou laturu en bambara) est fréquemment utilisée. Le "cen" consiste à tracer au hasard sur le sol de petits traits parallèles entre eux en suivant plusieurs rangées. Un code connu de tous les maîtres de l'art permet de préciser la cause de la maladie, sa curabilité, son traitement éventuel. Une autre méthode est celle des cauris. Ce sont des petits coquillages qui servaient de monnaie . Ils sont jetés à la volée. Tombés sur le sol leur position respective est significative.

L'étiologie de ces affections relève généralement de deux faits.

- Un sort maléfique jeté sur la personne malade en guise de vengeance, d'égoïsme, de méchanceté pure: le "boôn" auquel on attribue fréquemment les néoplasies, l'ascite qui, pense-t-on est due à un empoisonnement. Les personnes généralement accusées sont les coépouses, les rivaux, les demi-frères etc...

- La seconde explication non moins courante est la désobéissance à une loi sociale établie: négligences de sacrifices périodiques, rupture d'un pacte d'entre deux races, entre une collectivité et un arbre, entre une race et un animal. C'est ainsi que certains COULIBALY ne mangent pas le silure. Ce pacte remonte aux origines de leur lignée. La légende raconte qu'un jour deux guerriers mandégués chassés par les ennemis arrivèrent au bord d'un cours-d'eau. Un poisson miraculeux eut pitié d'eux et les fit traverser. Ils portèrent alors le nom COULIBALY (En bambara Coulou veut dire troupe et baly = vaincre). Depuis ce jour ils jurèrent de ne plus consommer le silure et firent la même recommandation à tous leurs descendants. Ceux qui se hasarderont d'aller à l'encontre de cet interdit seront impitoyablement punis: Exemple : pourriture de leurs intestins avant leur mort.

De nos jours, des femmes en difficulté d'enfanter " promettent" aux arbres, montagnes, morts (surtout ancêtres de leur lignée) de donner leur nom au futur enfant au cas où celui-ci viendrait à naître dans leur foyer.

L'art de prévenir, de guérir les maladies est confié à une catégorie socio-professionnelle particulière: géomanciens, herboristes, fétichistes etc... Ils bénéficient d'un grand crédit auprès des populations. Les fétichistes utilisent à leur<sup>fin</sup> pouvoir des fétiches, les herboristes exploitent au mieux la pharmacopée locale. Les devins ont un " troisième oeil" qui leur permet de voir dans l'au-delà. Les marabouts se réfèrent au Coran.

Les médicaments que ces différents personnages utilisent sont généralement de deux types .

- Ceux qui ont une vertu biologique ( feuilles d'arbo, racines, poudres d'animaux que l'on prend en décoction, en infusion, en bain etc...
- Ceux qui ont une vertu magique: pierre, phaners d'animaux, têtes ou plumes d'oiseaux que l'on porte sur soi pour protéger ou pour guérir.

Ces médicaments s'accompagnent de sacrifices

- propriétaires ( utilisés dans un but préventif )
- expiatoires: lors des épidémies, etc...

DE CERTAINES AFFECTIONS EN MILIEU BAMBARA

NOMS	CAUSES	MANIFESTATIONS	TRAITEMENT
NYAMAGOSI (Urticaire)	Sort jeté par un génie sur une personne qui se promène en des endroits hantés à midi, au moment crépusculaire.	-Eruptions brutales de petits boutons sur la peau. - Prurit intense - Céphalée.	-Faire des sacrifices pour apaiser la colère des génies . - Ecraser l'oignon la réduire en pâte que l'on frotera sur le corps, du patient car les génies détestent l'odeur de cette plante.
KOLI JODALI (Métrorargie)	Mauvais sort jeté. Pour le faire : - Piler 4 noix de Karité rouges - Mettre la poudre dans une boîte trouée . -Verser de l'eau dessus en récitant les incantations au nom de la personne cible.	L'hémorragie se répètera chaque fois que l'on versera de l'eau sur la poudre de Karité . Son rythme est fonction du malfaiteur.	La maladie guérit avec l'arrêt de l'action malveillante.
KONO (Convulsion au 1er âge).	-Sort jeté par un oiseau nocturne . -Manipulation par un enfant de la queue ou de la tête de lapin.	- L'enfant devient raide. Il bave Il secoue les membres le corps est chaud les globes oculaires sont retournés.	- Incantations ou port de plumes d'oiseau sur le corps du malade
KEN KONO (Ascite)	<del>Les sorciers possèdent la poudre de rougeole qu'ils répandent sur le sol.</del> - Bile de Hyène - Intestin de Hyène - Bile de tétodon	- Augmentation progressive et considérable du volume de l'abdomen. - Amaigrissement Enflure des membres inférieurs	Faire consommer par le malade l'écorce réduite en poudre d'un arbre qui en tombant s'est orienté vers l'Est.
NYONI (Rougeole)	Les sorciers possèdent la poudre de rougeole qu'ils répandent sur le sol.	Les yeux deviennent rouges. Le malade a la diarrhée. Il a mal aux yeux . Apparition des boutons sur son corps . Plus il y a des boutons moins la maladie est grave et réciproquement car la maladie est externe et interne.	Faire un mélange de tamarin, de miel de . Il'ensemble constitue un purgatif qui élimine la maladie interne. Le malade ne mangera ni viande , ni poisson, ni oeufs . Il ne sera pas lavé. Pour mieux faire sortir les boutons, on le fera rouler dans le son de mil.

## 2.III.- CONCLUSION

29../

Le combat pour la santé qui est engagé au Mali est parfaitement à la portée de ceux qui le conduisent . La seule condition du succès réside en l'adhésion de la participation au combat de l'ensemble du peuple malien et pour cela il est nécessaire :

Que chacun sache que ce combat existe et comment le mener.

Or la plupart de nos frères restent soumis aux aléas de la vie, ne réfugient sans le toit protecteur du passé pour se défendre contre l'adversité du présent sans trop penser à l'avenir. Les efforts accomplis jusqu'à ce jour par le personnel de la santé sont trop souvent inefficaces parce que non compris par ceux auxquels ils sont destinés. Seule une éducation véritable pour la santé sera en mesure de donner au pays une réponse concrète à ses espoirs.

-----

../..

TROISIEME PARTIE  
QU'EST-CE QUE L'EDUCATION POUR  
LA SANTE ?

3.I.- BUT

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le but de l'éducation pour la Santé : " aider les gens à acquérir la santé par leur propre comportement et leurs efforts. Elle s'appuie donc au départ sur l'intérêt que les individus manifestent pour l'amélioration de leurs conditions d'existence et vise à leur faire sentir... que les progrès de la santé relèvent de leur propre responsabilité ".

Pour cela il est nécessaire :

- d'apprendre aux populations ce qu'il faut faire pour
  - . protéger leur santé, celle de leur famille, celle de leur village.
  - . recouvrir la santé quand elles sont malades.
- amener les populations à être responsables de leur santé au lieu de s'en remettre à une volonté supérieure.

3.II.- HISTORIQUE

Depuis les temps les plus reculés beaucoup de religions ont eu comme préceptes de morale, des pratiques et conseils destinés à préserver la santé. C'est ainsi que le Prophète Mohamed disait dans le Coran " Si je ne craignais pas d'imposer un fardeau trop lourd à mes disciples , je leur demanderais de se laver les dents 5 fois par jour ".

L'éducation pour la santé devait se limiter pendant longtemps à cela. Il a fallu attendre le 19ème siècle pour qu'elle prenne l'importance qu'elle mérite.

- En 1847 à l'initiative d'une organisation privée une association de médecine fut créée aux Etats Unis. Elle avait pour mission de promouvoir l'hygiène , la prévention des maladies, l'éducation populaire.

- L'U.R.S.S. proclame en 1917 qu'il n'y a pas de politique générale efficace sans politique sanitaire laquelle repose en partie sur l'éducation pour la santé. Depuis cette époque elle s'est fixée comme objectifs.

- Fournir au peuple une meilleure connaissance des maladies, de la Santé.
- Solliciter sa participation pour la satisfaction de ses besoins en matière de Santé.

- En France, entreprise sous le signe de l'hygiène sociale, l'éducation pour la santé était conçue pour lutter contre les grands fléaux sociaux. C'est le cas précis de la tuberculose qui a servi de creuset aux différentes campagnes pour prévenir les autres maladies infectieuses. En 1900 Duclaux lance la " croisade " de l'éducation sanitaire qui est poursuivie par les comités, les ligues, les sociétés. Cette période est marquée par l'expansion des notions d'hygiène, de prévention la protection maternelle et infantile de la lutte contre la tuberculose. De 1917 à 1922 la mission Rockefeller organisation privée américaine intervient en France avec son expérience et son aide financière.

En 1944 le premier service d'éducation pour la santé est créé en Afrique.

1970, 18 pays d'Afrique disposent soit d'un Service ou d'une Division de l'éducation pour la Santé.

### 3.-III.- LA TRANSMISSION DES MESSAGES

L'éducation, processus qui tend à amener une ou plusieurs personnes à un certain comportement ou à les préparer à avoir ce comportement dans certaines circonstances fait intervenir la "circulation" de message de la connaissance qui va de l'éducation à l'éduqué. Les différents éléments qui entrent en jeu pour cette transmission sont : l'émission, la réception, les voies et supports, le matériau de la connaissance.

#### 1°) L'émission

##### - les émetteurs

Le message de la connaissance part d'eux. Ils sont représentés par :

##### • Les organismes internationaux :

Il s'agit de tous les organismes internationaux qui de par leur tâche assurent la diffusion des informations des activités éducatives. Ex: Union Internationale de l'Education pour la Santé, Union Internationale de lutte contre la Tuberculose, l'Organisation Mondiale de la Santé etc...

##### .- Les organismes nationaux

Le Ministère de la Santé Publique , le Service de l'Education pour la Santé, les Comités nationaux d'éducation pour la Santé constituent des exemples d'émetteurs au niveau d'un pays.

.- Sont également émetteurs: les médecins, les infirmiers

les sages femmes, les aides et assistantes sociales les techniciens d'assainis-  
sement etc ..

### - L'élaboration du message

Après le recueil des données, leur analyse, la fixation des priorités le Ministère de la Santé établit les objectifs sanitaires. Le Service de l'Éducation pour la Santé les traduit en comportements ~~scabaités~~, en objectifs pédagogiques. Cette traduction est d'une importance capitale. Elle doit s'inspirer du but à atteindre. Ces objectifs pédagogiques correspondent à l'aboutissement final des actions entreprises, aux résultats escomptés en un temps déterminé. Chaque problème dans sa solution exige la fixation d'objectifs éducationnels que l'on classe par souci d'efficacité en niveaux. Ils se divisent en :

#### - Objectifs institutionnels

Ils sont globaux: Ex. l'Objectif d'une faculté de médecine est de former des médecins, celle d'une Ecole d'infirmiers de former des infirmiers qui seront tous capables de répondre aux réalités sanitaires de leur pays conformément à la politique nationale.

#### - Objectifs spécifiques

Ils sont précis, Exemple : les Objectifs d'un cours d'une heure. On peut dire qu'après une heure de cours de nutrition dans une classe de première année d'école d'infirmiers qu'il faut que chaque élève soit capable de citer 3 types d'aliments repondants aux besoins ~~g~~ nutritionnels d'une femme en grossesse.

#### - Qualités d'un objectif spécifique

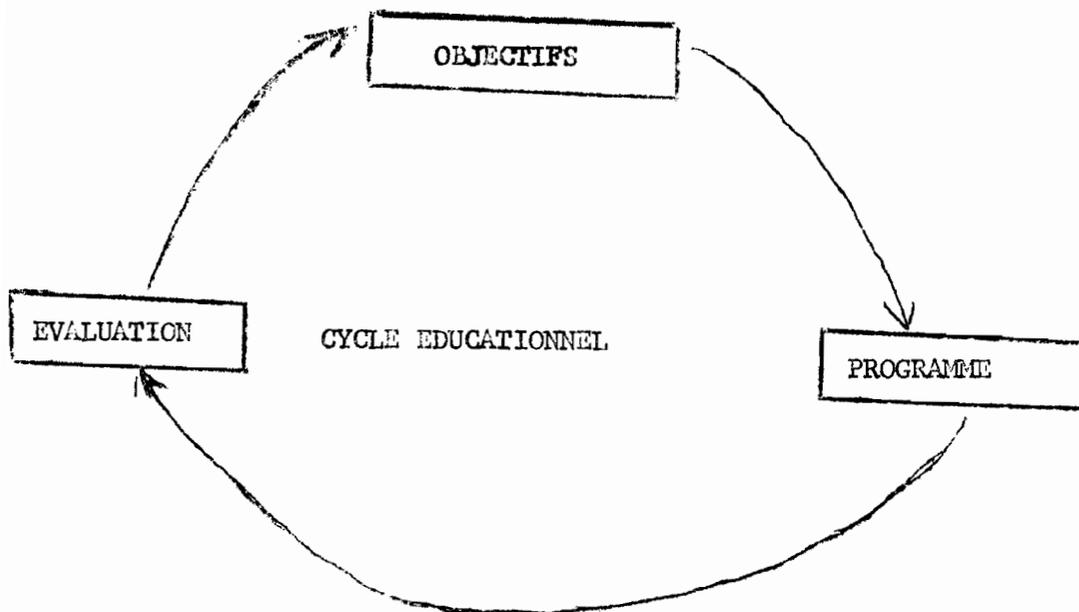
Il doit être

- . logique
- . Précis
- . Réalisable
- . Mesurable
- . Observable

Entre les objectifs globaux et spécifiques il existe les intermédiaires.

La formulation des objectifs éducationnels doit tenir compte des moyens disponibles, du degré de compréhension, de participation de la collectivité.

Ils ne sont pas définis une fois pour toute. A la suite d'évaluations successives qui s'efforcent d'apprécier le chemin parcouru ils peuvent être modifiés.



2°) Voies et supports

Ce sont des moyens permettant au message de "circuler" de l'éducation à celui qu'il éduque.

- Le flanellographe

Il utilise l'adhérence du papier de verre, d'un papier du genre buvard ou des morceaux de flanelle à un tissu pelucheux tendu verticalement.

.- Matériel

- Morceau de tissu de coton pelucheux ou de feutre.
- Images en couleur de silhouettes ou des schémas représentant des objets variés: personnages, animaux, habitations, objets usuels, plantes, fruits etc...

Préparation du matériel :

Le fond est constitué par un morceau de tissu pelucheux doit être souple, grand (généralement 2 mètres sur 0,80 m.). La couleur est le plus souvent foncée: noir, vert-foncé, bleu-marine.

.- Image

Pour être bien adaptées elles doivent être dessinées par l'utilisateur. Souvent les images sont recueillies au hasard: journaux, catalogues etc... Les images sont collées sur la partie lisse du morceau de papier spécial pour le flanellographe.

.- Recommandations

34../

- Choisir des images simples
- Dessins tylés faciles à découper.

.- Utilisation du Matériel

- Le fond tendu est fixé à l'aide de punaises sur une surface verticale bien plane. L'utilisateur tout en parlant place les images sur le fond.

FIGURE I.-

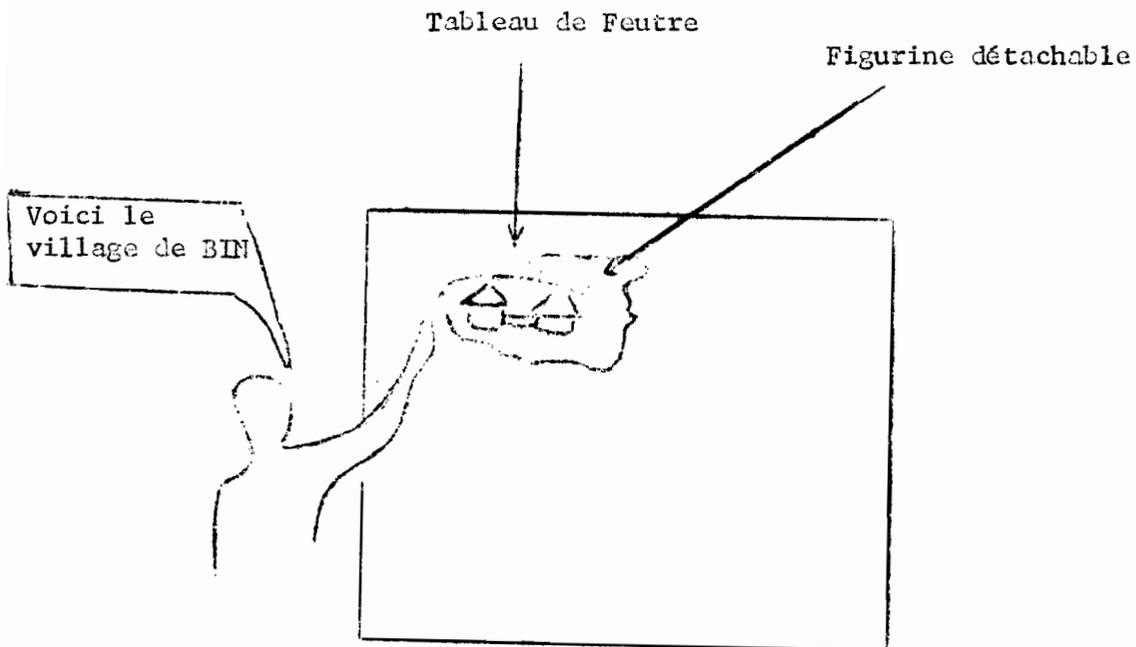
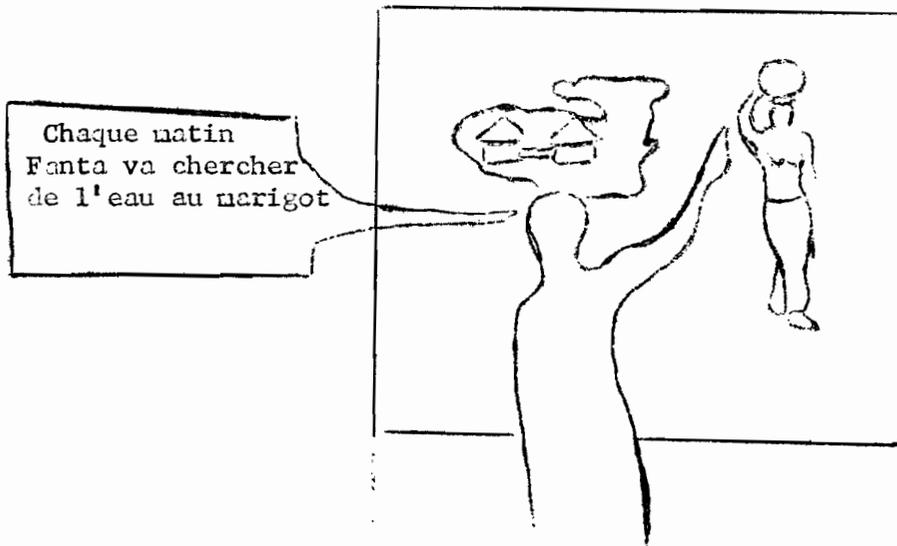
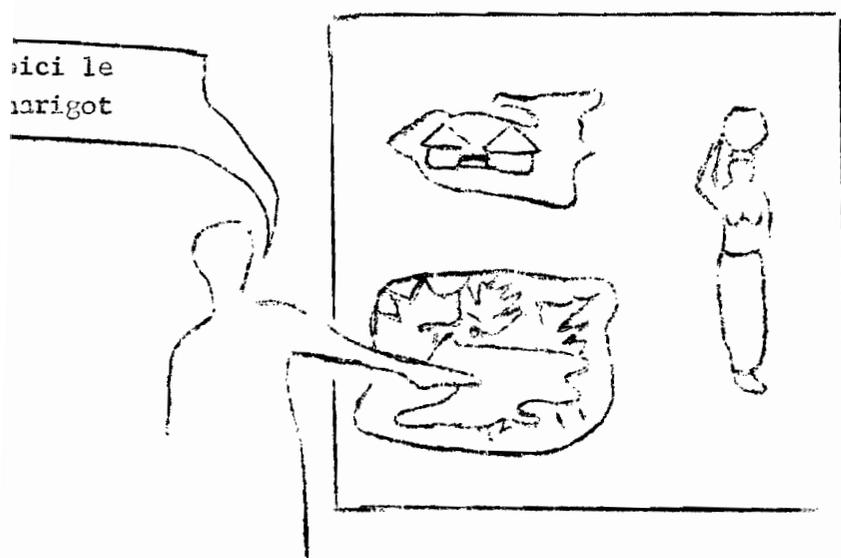


Fig. II.



..../..

Fig. III.-

ETC.....

A la suite de cette histoire racontée devant une assistance villageoise, on détache toutes les figures et on demande à une personne de bien vouloir la redire en s'aidant du même matériel que l'éducateur. Celle-ci a le droit d'enjoliver le texte, mais l'assistance la corrige lorsqu'elle fait une erreur. Après que 3 ou 4 personnes aient passé devant le flanellographe, tout le monde a bien assimilé les différentes séquences

.- Avantages du flanellographe

- Matériel léger, peu encombrant, transport et utilisation faciles,
- Peu coûteux
- Permet de tester les connaissances acquises par l'auditoire
- L'utilisateur en fonction des besoins peut préparer ses images.

Conclusion

Le flanellographe constitue un matériel de choix, d'autant plus adapté que les auditeurs sont moins "instruits".

C'est certainement le moyen le plus utilisé à travers le monde, et celui auquel on accorde en général le plus d'importance.

.- Avantages

- Vitesse de transmission des messages
- Auditoire important
- Répétition possible
- Les textes diffusés peuvent être vérifiés par le personnel qualifié.
- Utile pour certaines campagnes spéciales qui nécessitent une information directe et immédiate: Exemple Semaine Nationale de la Santé
- Economique/

.- Inconvénients

- Il s'agit d'un moyen d'information à sens unique
- Les heures propices pour la diffusion ne sont pas toujours respectées.
- les diversités ethniques nécessitent plusieurs émissions.

- La conférence

Son efficacité est très discutée. Il semble que celle-ci soit liée aux qualités, aux défauts du conférencier. Lorsque celui-ci pose en termes clairs un problème pertinent la conférence atteint son objectif; Malheureusement souvent toute animation y est absente. La conférence peut être complétée par le film, les tracts, les affiches, les imprimés etc...

- Le Film

Il est le complément idéal de la conférence. Une projection de film doit respecter les conditions suivantes :

- moment bien choisi
- interprétation en termes clairs, simples pour faciliter la compréhension, éviter les erreurs.
- Eviter des projections nombreuses en même temps (plusieurs films)
- En cas de nécessité répéter la projection
- Résumer l'exposé et tirer la leçon
- Vérifier la compréhension après la projection à l'aide d'un questionnaire, corriger les notions confuses.

Il doit être en langue locale et être enregistré dans un cadre aussi proche que possible de celui de l'auditoire .

Elle est plus convaincante, moins abstraite. Elle fait énoncer, raisonner. L'image doit donner une description parfaite du sujet.

Un proverbe chinois dit :

" Une image vaut mille mots. "

Elle peut se retrouver - sur les affiches  
- sur des tracts  
- dans des montages à diapositives.

.- Autres voies et supports

- Affiches
- Tracts
- Tableaux muraux
- Maquettes
- Journaux
- Télévision

Les saynettes, les chants, les griots, les historiettes: correspondent au mode de transmission traditionnel des messages. Leur utilisation judicieuse vaut souvent mieux que les moyens très sophistiqués.

3°) LA RECEPTION

Les récepteurs sont ceux qu'on éduque. Ils reçoivent le message transmetteur de la connaissance qui devra contribuer au changement. Ce sont : les individus, familles villages etc...

Leur participation active et volontaire est alors nécessaire. Ils doivent être disposés, intéressés à apprendre. Pour cela l'image de la langue, et du schéma de pensée locaux s'impose. Les matériaux d'information doivent partir des réalités vécues tous les jours. Une sensibilisation préalable est le gage de toute réussite. Henri Dupin dans "Expériences d'éducation sanitaire et nutritionnelle en Afrique" rapporte l'avis d'un imam du Sénégal qui s'adressait au chef d'une équipe d'éducation pour la Santé. " Des efforts ont été déjà tentés pour nous aider, mais ils n'ont pas produit d'effets parce qu'on a essayé d'agir sans nous, sans comprendre nos besoins, et avec des méthodes qui nous étaient étrangères. Il y a eu un échec, alors on a parlé de notre paresse, de notre manque de volonté, de notre hostilité au progrès. On devrait plutôt parler d'indifférence. Nous étions indifférents parce que nous ne savions pas où l'on voulait nous mener".

Ce passage montre combien les récepteurs doivent être présents, motivés à toutes les étapes de l'action éducative. Ils doivent savoir qu'elle est menée pour eux, avec eux et cela avec leur accord. Leur changement est conditionné au fait que le nouveau comportement correspondra à la satisfaction d'un besoin important. Il convient d'attirer l'attention sur le rôle de la courtoisie africaine qui peut facilement induire l'éducateur en erreur. Elle consiste à accepter verbalement toutes les propositions faites. Exemple: Quand un éducateur expose ses projets à un groupe d'individus, du fait qu'il est étranger ceux-ci se diront entre eux : " S'asseoir n'abîme pas les fesses, regarder ne crève pas les yeux. Restons assis et observons le " alors ils diront oui à l'éducateur.

### 3.IV.- L'EVALUATION

#### 1°) DEFINITION :

Evaluer, c'est mesurer l'efficacité d'un moyen ou les conséquences d'une action éducative.

Exemple : Avant de commencer un séminaire on peut faire un premier test qui fait état des connaissances que possèdent les stagiaires. Après le séminaire un second test réalisé dans les mêmes conditions permet de mesurer le chemin parcouru au cours du stage et de savoir si les objectifs qui avaient été fixés ont été atteints.

#### 2°) BUT

On évalue pour connaître la réalité présente afin de :

- préciser ce qu'il convient de faire
- la comparer à une réalité antérieure ou future qui seule

permettra d'apprécier l'efficacité réelle de l'action.

#### 3°) QU'EST-CE QU'ON ÉVALUE ?

On évalue :

##### - Le matériel d'enseignement

L'évaluation du matériel porte sur :

- son coût
- son efficacité: Il s'agit de prouver que le matériel utilisé

est adapté aux objectifs fixés

- ses qualités

- Les activités éducatives

39../

On distingue 2 mesures :

- la qualité : Il s'agit par exemple de prouver que les émissions radio-diffusées sont pertinentes, bien comprises par les populations auxquelles elles s'adressent.

- la quantité : Elle porte sur le nombre des actions entreprises. Le nombre de causeries éducatives dans un village peut être insuffisant.

- Les résultats de l'action éducative

Ce genre d'évaluation est plus difficile que les deux précédentes. Elle doit être plus minutieuse, plus prolongée. Elle fait intervenir des spécialistes de différents domaines: statisticiens, sociologues, pédagogues, médecins, ingénieurs sanitaires etc... Souvent les changements ont d'autres mobiles que l'éducation.

4°) COMMENT PEUT-ON EVALUER UNE ACTION EDUCATIVE ?

- A partir du comportement

Une action éducative peut être évaluée à partir de la modification du comportement.

- Fréquentation plus marquée de la maternité, du dispensaire
- Evacuation sanitaire précoce.
- Construction de latrines
- Meilleure protection des puits etc...

- A partir des statistiques sanitaires

On se basera sur la diminution du taux de mortalité de létalité, de morbidité.

- A partir des connaissances acquises

Exemple: questionnaire auprès des paysans, des écoliers des guérisseurs, des maîtres d'école .

- A partir des moyens employés

On évaluera la quantité, la qualité des activités menées  
On évaluera le coût des activités.

../..

### 3.V.- LES REGLES DE L'EDUCATION POUR LA SANTE :

Toute action d'éducation pour la santé doit tenir compte de trois règles fondamentales :

#### Première règle :

La supériorité du concret qui veut que l'éducation pour la santé soit vivante, qu'elle parte de la vie, et qu'elle ne soit pas une mauvaise vulgarisation de notions médicales mal assimilées, ni une adaptation mineure des enseignements donnés dans les facultés de médecine.

#### Deuxième règle

La nécessité de la répétition des thèmes à laquelle l'esprit humain ne résiste pas, dire toujours la même chose mais pas toujours de la même manière.

#### Troisième règle :

L'adaptation psychologique qui est une nécessité .

### 3.VI.- QUELQUES FACTEURS CONDITIONNANT LE SUCCES D'UNE ACTION EDUCATIVE :

- Faculté d'accès à des conseils, et services sanitaires inspirant confiance à la population .
- Possibilités matérielles d'appliquer les mesures préconisées
- Compatibilité des pratiques d'hygiène proposées avec les coutumes, les usages, les tradition , des individus, des familles et des groupes avec les croyances et l'attitude générale du milieu.
- Aptitude des individus à comprendre à désirer le bénéfice que leur santé relèvera d'un comportement sanitaire demandant le renoncement difficile à des valeurs socio affectives auxquelles ils sont attachés.

### 3.VII.- INTEGRATION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

Pour assurer un développement global, cohérent, l'éducation pour la santé ne doit pas être considérée comme une entité distinguée. Elle doit faire partie intégrante des actions locales: alphabétisation fonctionnelle, enseignement, secteur de développement, programmes de santé publique. Elle est l'oeuvre de tous ceux qui se trouvent en contact permanent avec les populations.

### 3.VIII.- QUELQUES EXEMPLES DE SYSTEMES D'EDUCATION POUR LA SANTE DANS LE MONDE

#### 3.VII.1.- LA COUVERTURE DES BESOINS SANITAIRES DE BASE EN TANZANIE

##### 1°)- Les Services de Santé en zones rurales

Les populations sont regroupées et travaillent sur une base communautaire dans les villages appelés "Ujamaa". En faisant ce travail le pays compte aboutir à deux objectifs :

- Faciliter l'approvisionnement en eau potable des populations,
- les éduquer et mettre à leur disposition des services de santé de base
- Accroître la productivité pour lutter efficacement contre la pauvreté,

l'ignorance et la maladie.

Le développement des services de santé et le développement rural constituent une unité.

Chaque village "Ujamaa" comporte un poste sanitaire assurant le traitement des affections mineures, les premiers soins pour les maladies et les traumatismes graves. Ce poste sanitaire au départ très simple est progressivement transformé en dispensaire rural.

Le centre de santé rural, échelon intermédiaire comporte un dispensaire avec quelques lits d'hospitalisation, une maternité. Le personnel est constitué par un assistant médical, 7 à 9 auxiliaires médicaux, une infirmière, deux aides médicaux ruraux et un auxiliaire sanitaire.

Les services sanitaires mobiles qui ont leur base dans les centres de santé assurent la prestation des activités préventives ( Education pour la santé assainissement, lutte contre les maladies transmissibles etc...) et curatives.

##### 2°) Le Personnel des Services de Santé Ruraux

###### - Les aides médicaux de village

Ce sont des anciens élèves de l'école primaire résidant dans le village et auxquels une formation de trois à 6 mois a été donnée. Ils sont chargés de:

- traiter les affections mineures
- administrer les premiers soins en cas de gravité
- aider les villages à prévenir certaines maladies.

Leurs tâches se résument à :

- organiser les services de santé maternelle et infantile
- faire des accouchements normaux
- faire de l'éducation pour la santé

Elles travaillent dans les dispensaires et les centres de santé ruraux.

- Les auxiliaires sanitaires

Ils sont des diplômés du Certificat d'Etudes primaires. Ils doivent participer à l'éducation pour la santé générale

- promouvoir l'assainissement
- participer au dépistage des malades ambulatoires
- participer aux différentes campagnes sanitaires.

- Les aides médicaux ruraux

Ils ont terminé les études primaires et ont reçu une formation médicale d'au moins 3 ans. Ils sont chargés de faire :

- les traitements ambulatoire des maladies simples
- les premiers soins dans les affections graves
- la surveillance post-cure des malades sortis de l'hôpital
- la participation à l'exécution des programmes de santé

- Autres Agents

Les Assistants médicaux, les praticiens licenciés (médecins assistants), les médecins jouent un rôle de supervision, de coordination des activités préventives et curatives

Le recyclage et l'intégration des thérapeutes traditionnels sont en projet.

3°) Les Actions Educatives

Le mot d'ordre du parti en matière d'éducation pour la santé est :

" Le devoir de notre parti n'est pas d'inciter les gens à exécuter des plans adoptés par quelques experts et dirigeants. Le devoir de notre parti est de veiller à ce que les dirigeants et les experts exécutent les plans qui ont été approuvés par le Peuple" Ainsi les collectivités participent dès le stade de planification à la détermination des priorités sanitaires. Les projets sont classés dans le cadre des grands travaux d'édification nationale. Il existe des comités de planification composés de techniciens, d'élus du peuple à tous les échelons.

Des campagnes d'éducation pour la santé sont lancées sporadiquement. Ex. "Mtu ni Afya" . "La Santé fait l'homme!" Elles font intervenir différents ministères La direction de l'éducation des adultes, le Ministère de l'Education Nationale, sont chargés de la continuation de ces campagnes.

3.VIII.2.- ELEVATION DU NIVEAU DE SANTE PAR LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LA PROVINCE DE JAVA CENTRAL ( Indonésie)

Le village de Begajah est peuplé de 3 500 habitants. Une enquête initiale effectuée a donné les résultats suivants :

- Taux de mortalité infantile 100 pour 1000 des naissances vivantes
- Un état nutritionnel déficient des enfants
- Une insuffisance de la production alimentaire .

Devant cette situation les responsables administratifs, les chefs coutumiers, le médecin chargé du secteur mirent en place un comité de développement du village. Les populations devaient participer à l'identification des besoins, à la prise des décisions, et être responsables opérationnellement. L'échelon supérieur (autorités administratives) devait aider les populations à acquérir la volonté puis la capacité de régler elles mêmes leurs propres affaires et leur assurer un soutien technique. Parallèlement à l'équipe de développement du village, une équipe de développement communautaire fut constituée . Les deux devaient travailler de concert . Un champ de démonstration fut mis à la disposition des villageois, cela permit l'introduction de nouvelles variétés de cultures, un usage plus répandu des engrais, une augmentation du rendement. Des cours d'éducation nutritionnelle, d'éducation pour la santé furent organisés à l'intention des femmes et jeunes filles. Pendant cette période rien d'autre n'avait été entrepris sur le plan sanitaire. Quelques années plus tard , les résultats étaient frappants: le niveau de vie s'était élevé, les maisons en bambou étaient remplacées par des maisons en briques dotées de fenêtres de carrelage de verre, des jardins bien entretenus firent leur apparition, le taux de mortalité qui était de 100/1000 tomba à 69 /1000.

EXPERIENCE DE MATAMEYE (NIGER )

A la suite d'une prise de contact entre le Médecin-chef de l'Arrondissement de Matameye et du responsable régional de l'animation et compte tenu de l'ampleur des problèmes de santé, une stratégie fut élaborée. Elle consistait à chercher les voies et moyens pour :

- former un " hygieniste " dans chaque village
- implanter des "pharmacies de village" et compléter la formation des "hygienistes"

Pour ce faire les Services de Santé et de l'animation devaient se partager les tâches: la santé du côté technique, l'animation de la sociologie, de la pédagogie. Une campagne de sensibilisation des populations fut entreprise au niveau des populations. Une première série de réunions eut lieu au niveau des R.V.A. ( Regroupement des Villages Animés) au cours desquelles furent discutées les conséquences néfastes des maladies. Chaque délégation de retour au village devait faire le compte rendu et discuter des modalités permettant d'acquérir des connaissances pouvant enrayer "le mal". Le principe de désigner un homme de confiance du village et qui devait recevoir une formation fut acquise. Une seconde série de réunions fut tenue dans les villages. Le thème resta toujours le même. Il convient de souligner là un point important c'est l'intérêt porté au cours de cette entreprise aux marabouts, aux thérapeutes traditionnels aux connaissances traditionnelles en matière de maladie. Le stage commença avec 19 " candidats hygienistes". Il était dirigé par les service de la santé et de l'animation. Le programme de stage comportait les chapitres suivants :

- Rôle de l'hygiéniste
- Transmission des maladies
- Hygiène corporelle et vestimentaire
- Hygiène de l'eau
- Les épidémies
- Les maladies vénériennes.

Après le stage chaque " hygieniste" reçut un cahier aide mémoire.

Une tournée dans les villages permit de constater une amélioration relative d'hygiène dans les concessions,. Ceci encouragea et conduisit à l'idée de perfectionnement des "hygienistes" et à l'implantation des pharmacies de village. Le principe de ce perfectionnement fut calqué sur celui du premier stage et une petite formation dans la gestion fut donnée aux stagiaires. Au bout de quelques temps certaines pharmacies étaient devenues intervillageoises. Le projet s'étendit.

-----

-----

-----

QUATRIEME PARTIE  
L'EDUCATION POUR LA SANTE  
AU MALI

L'Education pour la Santé au Mali quoiqu'on en dise n'est actuellement pas la chasse gardée du service spécialisé du Ministère de la Santé. Fort heureusement nous avons pu nous rendre compte que d'autres Institutions jouissent un rôle actif dans ce domaine aussi réduit qu'il puisse être. Il s'agit de :

- l'alphabétisation fonctionnelle
- les centres de santé
- les écoles
- l'administration
- l'organisation des femmes.

#### 4.1.- LA SECTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

##### 4.1.1.- HISTORIQUE

L'Education pour la santé pendant l'occupation coloniale n'existait pratiquement pas. Les populations sous la contrainte étaient tenues d'appliquer les décisions d'ordre médical émanant des autorités administratives. C'est ainsi que des points d'eau furent aménagés, des latrines construites, des campagnes de dépistage des grandes endémies entreprises. Ces actions médico-administratives permirent une amélioration incontestable du niveau de santé. Après l'indépendance le parti et le gouvernement du Mali virent la nécessité de procéder à un changement de politique sanitaire. Pour atteindre les objectifs une section de l'Education pour la Santé fut créée par le décret n°263/PG du 21 Juillet 1961. Son siège se trouve à Bamako la capitale.

##### 4.1.2.- ROLE ET OBJECTIFS

Le rôle de la section de l'éducation pour la santé est de fournir des programmes d'éducation pour la santé aux autres services ce qui constitue un moyen de créer ou d'améliorer les échanges d'idées entre d'une part le personnel technique et d'autre part le grand public. L'aboutissement de tout cela doit être l'obtention du comportement souhaité. Le personnel est chargé de la formation, de la coordination des activités, de l'élaboration des programmes. Il convient de souligner qu'une mention particulière doit être portée sur :

- l'Ecole
- la Santé Maternelle et Infantile
- les Masses Rurales

## P.I.3. - ORGANISATION ET COMPOSITION DE LA SECTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE -

( 1975 )

PERSONNEL	SECTION CENTRALE						SECTIONS REGIONALES			
	DIRECTION à	SECTIONS TECHNIQUES					Kayes	Ségou	Moitié	Gao
		Social	Infor.	Recy- mation	Iréali- sation	Mass- Média				
Infirmiers d'Etat spécia- lisés en édu- cation pour la Santé	2 DIRECTEUR ET AJOINT	0	0	0	0	0	0	0	2	
Infirmiers d'Etat non spécialisés	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0
Assistantes Sociales	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Techniciens d'Assainisse- ment	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Infirmiers 1er Cycle	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Chauffeurs projectionnistes	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1
Aides Sociales	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Maîtres du 2° Cycle Conseiller Pé- dagogique	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Dessinateurs	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Techniciens d'Art	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Employés de Bureau	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gardiens	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4.1.4.- BILAN DES ACTIVITES DE LA SECTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ANNEE 19751°) Section Information

- Emissions à la Radio
  - Causeries dialoguées en français 34 ( cf. Annexe)
  - Chroniques Sanitaires en langues nationales 36
- Articles de presse
  - dans le journal Essor : 5 (
  - Kibaru : 2

2°) Section Formation

- Séminaires régionaux d'Education pour la Santé regroupant des cadres administratifs, sanitaires, enseignants etc... : 3
- Cours dispensés aux Elèves de l'Ecole Secondaire de la Santé, l'Ecole des Infirmiers et le Centre de Développement Communautaire .
- Formations pratiques au Service

3°) Section Sociale

- Dans les Centres Sociaux, P.M.I.: 32 séances de causeries  
Éducation pour la Santé.
- Utilisation du diapositives, flanellographe, films : 6

4°) Section Production Matérielle

- Banderoles : 32
- Affiches : 2 C60
- Tracts : 517
- Illustrations : 57

5°) Section Cinéma.

- Diverses projections de films
- Transport matériel et personnel

4.1.5.- LES SEMINAIRES

Ils constituent avec les émissions radiodiffusées les deux principales activités de la Section de l'Education pour la Santé. Ils sont orientés dans trois directions.

- Séminaire de la santé scolaire
- Séminaire pour les agents de production
- Séminaire s'adressant au personnel de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

### 1°)- Objectifs du Séminaire

Ils ont pour objectifs de permettre aux participants de mieux comprendre,

- la nature et l'étendue des principaux problèmes de santé du pays
- la politique entreprise par le Ministère de la Santé pour les résoudre,
- la nécessité de la participation d'organisations et organismes,
- la nécessité de la contribution des différentes couches de la

population afin de :

- faire comprendre aux participants la philosophie, les principes, les buts globaux, les objectifs spécifiques de l'éducation pour la Santé,

- ↳ faire connaître et comprendre aux participants des notions de sciences sociales et de comportement en vue de leur utilisation,

- leur donner des compétences qui leur permettront de faire une étude de la collectivité, d'identifier les besoins, de coordonner les activités de santé publique,

- leur faire adopter une attitude positive en faveur de l'éducation pour la Santé.

### 2°) Méthodes et Techniques

Les principales méthodes utilisées sont :

- Conférences
- Conférences discussions
- Conférences-démonstrations-discussions
- Séances plénières

### 3°) Sujets Traités

Ils sont divers :

Exemples - L'organisation du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales au Mali

- Les principaux problèmes de santé publique au Mali.

Actuellement les séminaires sont périodiques. Ils se tiennent au rythme d'un par année par région généralement au chef lieu de région. La santé, l'administration, la production, la santé animale y sont représentées.

## 4.II. L'ALPHABETISATION FONCTIONNELLE

### 4.II.1.- HISTORIQUE

En 1964 l'UNESCO entreprit sur les recommandations de l'ONU une campagne contre l'analphabétisme à travers le monde. Une conférence des Ministres de l'Éducation 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 visait. Le Gouvernement de la République du Mali par l'Ordonnance n°60/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)

### 4.II.2. 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 <sup>nécessaires</sup> à la prise en charge au niveau local d'un certain nombre de fonctions du développement économique et social, définies de concert avec les organismes techniques et administratifs responsables"....

### 4.II.3.- ORGANISATION DE LA DIRECTION NATIONALE DE L'ALPHABETISATION FONCTIONNELLE ET DE LA LINGUISTIQUE APPLIQUEE (DNAFLA)

Elle se compose de 4 Divisions :

#### 1°) Division Recherche linguistique et Pédagogique

Elle est chargée de faire des recherches sur les langues, de la collecte des traditions, et de tracer l'approche. Elle s'occupe également de l'évaluation de l'alphabétisation fonctionnelle et de l'éducation de base.

#### 2°) Division alphabétisation fonctionnelle

Elle rédige les documents de l'alphabétisation fonctionnelle, exécute le programme de stages des chefs de zone de l'alphabétisation fonctionnelle, rédige les textes des calendriers et brochures, confectionne le journal rural "Kibaru ( voir annexe )

### 3°) Division de la production et de la Radio éducative :

Elle s'occupe des illustrations des documents ( de leur imprimerie, de leur distribution), des émissions radiodiffusées , de la confection du matériel audiovisuel.

### 4°) Division promotion féminine

Elle est chargée de la planification des programmes, d'économie familiale, d'hygiène, de puériculture, de l'évaluation des actions d'éducation féminine.

## 4.II. 4.- RAPPORT ENTRE LA DNAFLA ET LES OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT

Le Mali est divisé en zones de développement que dirigent des opérations: Opération arachide et Cultures Vivrières, Opération Mil du Karta, Opération Riz de Mopti etc.... Celles-ci oeuvrent pour l'élévation du niveau de vie des populations grâce au développement de certaines activités agricoles. L'alphabétisation fonctionnelle des paysans constitue un moyen de choix pour atteindre ces objectifs. Afin de mener à bien cette tâche l'intervention de la DNAFLA qui envoie sur le terrain une équipe d'évaluation, de pédagogues, de linguistes pour faire l'étude du milieu et définir une méthodologie d'approche. Mais le personnel opérant sur le terrain ( chefs de secteur de base, chefs de zone de l'alphabétisation fonctionnelle ) rel-ève des opérations dans les zones desquelles il travaille.

## 4.II.5.- PLANIFICATION ET EVALUATION AU NIVEAU D'UN SECTEUR DE BASE

Un secteur est un regroupement de 5 à 8 villages. Il est dirigé par un chef de secteur de base de l'alphabétisation fonctionnelle .

### 1°) Objectifs

#### - Objectifs à long terme

Il s'agit d'alphabétiser avant 10 ans tous les hommes qui n'ont pas encore 30 ans.

#### - Objectifs à moyen terme

Il s'étend sur 5 ans. C'est la formation dans chaque village du secteur de base au moins 10 paysans âgés de 20 à 30 ans et capables tous d'assumer les responsabilités d'un chef de secteur de base.

Le programme est annuel. L'élaboration de ce programme, sa mise en application dépendent du chef de secteur de base qui tient compte des besoins du secteur.

2°) Les Moyens

- Les moyens humains

Le Chef de Secteur de Base :

C'est un agent permanent, salarié, chargé de l'encadrement d'un certain nombre de villages. Il est le premier potentiel. Il doit être suffisamment alphabétisé pour ~~se~~ ~~acquitter~~ ~~de~~ ~~sa~~ ~~tâche~~ ~~d'enseignant.~~

- Les animateurs de Centre

Ce sont des anciens scolarisés que l'on recrute et auxquels on donne une formation qu'ils transmettent ~~pour~~ au retour dans les villages à leurs frères non alphabétisés. Ils se servent d'une fiche de formation professionnelle, d'une fiche pédagogique, d'une fiche d'évaluation. Cette dernière est remplie après chaque discussion et envoyée à la Direction Nationale de l'Alphabétisation fonctionnelle de la linguistique appliquée. Les fiches de formation professionnelle et pédagogique se complètent. Elles permettent une meilleure assimilation des cours.

- Les moyens matériels

On utilise : affiches, brochures, matériel didactique ( mètres decamètre etc...) cahiers, bics, tableaux, lampes à pétrole etc...

- Les Méthodes

- L'accord des vieux

La gérontocratie a encore en Afrique beaucoup de rigueur. L'expérience a montré que pour la réalisation d'un objectif l'accord des vieux est une condition indispensable.

- Autres Organisations au niveau du village

Actuellement dans tous les villages il existe une association de jeunes. Celle-ci est chargée d'exécuter les travaux d'ordre public. Elle maintient l'ordre, la discipline au sein de la communauté villageoise. Cette organisation constitue l'ossature de l'animation.

L'association des femmes peut être également d'un apport extrêmement utile.

- Le Transfert des responsabilités

Pour une meilleure motivation il est nécessaire de transférer aux paysans certaines responsabilités, ainsi ils participent enthousiastes à la gestion de leurs propres affaires. Aujourd'hui dans certains secteurs la commercialisation est effectuée par les paysans.

- Un Contrôle régulier des Centres d'Animation

Il consiste en la supervision au perfectionnement des animateurs.

- L'évaluation

Elle consiste :

- en la comparaison des résultats obtenus et des objectifs fixés
- en l'explication des résultats tout en se demandant si les moyens

et méthodes employés sont efficaces.

4.II.6.- ROLE JOUE PAR L'ALPHABETISATION FONCTIONNELLE EN MATIERE  
D'EDUCATION POUR LA SANTE

L'Alphabétisation fonctionnelle n'est pas restée indifférente à l'égard des problèmes sanitaires du pays.

Des Agents alphabétisés ont reçu la formation de secouristes ce qui leur permet de dispenser des soins élémentaires aux populations éloignées des dispensaires.

De plus la DNAFLA a édité des manuels traitant des problèmes de santé. C'est ainsi qu'elle a fait paraître **Tigasene** ( Culture de l'Arachide) **boloci** ( la vaccination), **Nioninsa** ( la Rougeole)

Périodiquement elle fait publier dans le journal rural Kibaru des articles médicaux.

Dans l'annexe nous donnerons des textes à thème sanitaire réalisés par la DNAFLA..

4.II.7.- EXEMPLE D'UNE GRANDE OPERATION OFFRANT UN PROGRAMME D'ALPHABETISATION FONCTIONNELLE : L'O.A.C.V. (Opération Arachide et Cultures Vivrières)

4.II.7.1.- OBJECTIFS

Les objectifs de l'O.A.C.V. se résument à l'augmentation de la production de la culture arachide tout en préservant une intégration parfaite au sein du développement.

L'O.A.C.V. est convaincue que le développement est un fait global et non seulement un chiffre d'arachides exportée à l'étranger. A ce titre il insère au sein de son programme un volet d'éducation de base et un volet de santé.

Pour permettre aux paysans de s'organiser et d'assumer leur développement économique social eux-mêmes des projets sont faits et sont en voie d'exécution.

1°) Transfert des compétences et responsabilités .

- Dans le cadre de la commercialisation, du crédit et de l'approvisionnement./

. les villages qui ont un centre d'alphabétisation s'occupent eux-mêmes du recensement des besoins en sacherie, en article de première nécessité, en moyens de production,

. les villages disposant de plus de 5 alphabétisés effectuent sous le contrôle des représentants de l'OACV , les opérations au point d'achat, récupèrent les prêts des campagnes et gèrent leur magasin d'approvisionnement, leur magasin de semences.

. Les villages ayant franchi ces étapes prennent en charge la commercialisation des produits, la récupération des crédits.

. les villages ayant pris la commercialisation , en charge obtiennent une partie de la marge bénéficiaire.

- Dans le domaine de la vulgarisation agricole

. Meilleur encadrement des champs d'alphabétisation fonctionnelle ou champs de confirmation destinés à l'expérimentation.

. Editions de brochures de vulgarisation agricole en bambara pour les néoalphabétisés.

- Dans le domaine de la santé humaine

55../

- . Recensement par les villages des principales maladies locales, des plantes médicinales efficaces contre le traitement des maladies.
- . Education de base en matière de santé (hygiène, nutrition épidémie etc...)
- . Formation d'auxiliaires sanitaires (secouristes, accoucheuses, constitution des boîtes de pharmacie de village alimentées par la pharmacopée traditionnelle, les produits de base de la médecine moderne.

• Dans le domaine de la santé animale

- . Recensement des boeufs de labour, déparasitage et vaccination des animaux.
- . Education de base en matière de santé animale.
- . La création de cliniques villageoises par zone sous le contrôle du sous projet élevage.

- Dans le domaine de l'administration

- . Enregistrement des naissances, collecte des impôts par les villageois.
- . Etablissement des pièces de l'état civil: acte de naissance, acte de décès à partir des cahiers tenus par les villageois.

3°) Education permanente

Pour éviter un retour dans l'analphabétisme, et entretenir une éducation permanente.

- Presse rurale : Kibaru

Augmentation du volume du Journal rural Kibaru et meilleure adaptation de son contenu aux besoins du monde rural.

- Radio éducative

Extension des expériences de la radio éducative

- Édition de brochures de post-alphabétisation

Thèmes: Formation agropastorale, santé, histoire etc...

- Stage de formation technique " supérieure pour néoalphabétisés

.../..

SUR LE THEME TRANSMISSION DES MALADIES PAR LA

D.N.A.F.L.A .

La Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de Linguistique Appliquée n'a pas seulement pour but d'alphabétiser et de prolonger l'alphabétisation des adultes. Elle se soucie également de leur éducation. C'est dans ce cadre que s'est tenu à Banankoro ( arrondissement de Massantola) du 28 Mars au 6 Avril 1977 un stage sur le thème la " transmission des maladies". Il fait suite à l'adoption par le Seminaire de Bobak de la résolution portant sur la nécessité de donner une éducation de base aux néo-alphabétisés. L'équipe chargée de l'encadrement était composée de linguistes de pédagogues, d'un technicien sanitaire, de deux Docteurs en Biologie , et nous mêmes.

Les stagiaires étaient des néoalphabétisés résidant à Banankoro et venus des villages environants. Certains avaient reçu une formation scolaire dont la limite est la 6ème année de l'école fondamentale. L'âge variait de 17 à 34 ans. Ils étaient au nombre de 24 répartis en groupes de 6.

1°) Déroulement du stage

Dans le programme arrêté il était prévu

- des exercices d'observations
- des travaux pratiques de confection de latrines
- des travaux pratiques de confection de fosses à compost
- le soir après les repas des causeries sur les maladies

transmissibles; Assainissement, hygiène, nutrition etc...

- la rédaction grâce à un limographe des activités de la journée précédente par les stagiaires eux-mêmes.

- Exercices d'observation :

But : Suivre le cycle évolutif de la mouche domestique.

Chaque équipe fut chargée de l'entretien de 12 pots dans lesquels la viande avait été placée. La moitié des pots contenait en plus du coton imbibé d'eau et était conservée à l'ombre. L'autre moitié ne contenant pas d'eau était exposée au soleil. Les pots étaient visités 3 fois par jour par les stagiaires; le matin de bonne heure, à midi, le soir.

Un chef d'équipe rédigeait les constatations faites. Les néoalphabétisés grâce à leur assiduité ont pu ainsi suivre le cycle évolutif de la mouche domestique. L'occasion leur fut donnée grâce à une loupe d'observer à un fort grossissement de regarder certains insectes et de faire leur description.

- Les travaux pratiques de confection de latrines

Avant les travaux le thème était d'abord discuté. Les néoalphabétisés offrant leur connaissance dans le domaine, les encadreurs les guidaient par des questions. Des explications étaient fournies alors sur les avantages qu'on pouvait attendre de la compréhension, de la mise en application du sujet abordé. Dirigés les stagiaires purent construire 4 latrines.

- Les travaux pratiques de confection des fosses à compost

La même démarche pédagogique fut utilisée. Deux fosses à compost ont été ~~confectionnés~~.

- Les causeries

Beaucoup de sujets furent abordés. Ceci permit de cerner la conception du milieu sur les maladies, la santé, la mort. Il convient de souligner la pertinence des sujets. Souvent la discussion portait sur les problèmes posés par les paysans eux-mêmes lesquels les embarrassaient. Chaque soir après les repas tous les stagiaires, les autres jeunes du village certains adultes se groupaient autour des encadreurs. Les sujets du jour commençaient après un rappel de ce qui avait été traité le soir de la journée précédente.

- Rédaction

Par tour de rôle, chaque équipe se rendant <sup>dans</sup> la salle d'alphabétisation fonctionnelle pour faire la synthèse des activités. Un stagiaire partait au tableau, transcrivait les activités que rappelaient ses camarades. Les résultats étant portés sur un limographe qui permettait le polycopiage. Un exemplaire était remis à chaque stagiaire.

## 2°) L'Evaluation

Trois mois après quand nous nous sommes rendus dans ce village pour faire une évaluation nous avons constaté les fait suivants:

- les latrines confectionnées n'avaient pas été clôturées ce qui veut dire qu'elles n'étaient pas utilisées.
- les fosses à compost étaient bien entretenues. Elles auraient été vidées deux fois.
- Aucune amélioration n'était notable quant à la propreté des concessions, du village de la protection des puits.

Un questionnaire montra que les sujets traités avaient été compris d'une manière générale mais surtout par les animateurs, les anciens scolarisés.

### 4.III.- LES ECOLES

#### 4.III.1.- L'ECOLE FONDAMENTALE

L'Ecole représente un des meilleurs canaux par lesquels doit passer l'éducation pour la santé, l'âge scolaire étant propice pour l'acquisition de connaissances et habitudes de la vie. Elle permet en outre une éducation méthodique permanente. Au Mali dans les programmes de l'enseignement fondamental en classe de 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 9<sup>ème</sup> Années des chapitres sont destinés à la description au fonctionnement normal de l'organisme, à l'hygiène à l'étude de quelques maladies locales ( Rougeole, dysenterie amibienne, Paludisme, choléra etc... Voir un exemple de leçon dans l'annexe.) Mais les connaissances acquises ne sont que livresques, les enseignants, les élèves n'établissent aucun rapport entre elles et les réalités de la vie . On constate que beaucoup d'écoles en particulier celles du milieu rural ne sont pas dotées de structures adéquates devant abriter des personnes qu'on éduque pour une promotion sanitaire. Il est rare de trouver dans la cour de l'école un puits ou une latrine.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer de nombreux enseignants qui n'ont pas encore compris l'importance des latrines, dont les enfants ne sont pas vaccinés et ~~non~~ suivent pas la chimioprophylaxie du paludisme qui est cependant organisée dans leur village. Nous avons également rencontré de nombreux anciens élèves dont les enfants sont atteints de ~~brashiorkor~~ par ignorance des règles élémentaires de nutrition et pas un n'avait su comment protéger son puits.

#### 4.III.2.- LES ECOLES PROFESSIONNELLES

Dans ~~certaines~~ écoles secondaires, supérieures, techniques et professionnelles, l'enseignement sanitaire est dispensé :

##### 1°) L'Ecole des Infirmiers du premier cycle du Point "G"

Elle accueille sur Concours des élèves de niveau de 9<sup>ème</sup> année de l'école fondamentale. La durée des études est de trois ans. L'éducation pour la Santé devait occuper une place importante dans la formation de ces jeunes, parce que ils sont les futurs émetteurs.

##### 2°) L'Ecole Secondaire de la Santé

Les Diplômés d'Etudes Fondamentales y sont recrutés sur concours. Elle forme des Infirmiers d'Etat, des Sages Femmes, des Techniciens d'Assainissement, des ~~Techniciens~~ Techniciens de Laboratoires. Leur études s'étendent sur une durée de trois ans. Ils doivent avoir une formation solide en éducation pour la santé pour mieux s'acquitter de leur tâche d'éducateurs.

##### 3°) Le Centre de Développement Communautaire

Il se propose de former des agents pluridisciplinaires qui seront à même de dynamiser les structures de développement dans leur ensemble. A ce titre ils ~~doivent~~ recevoir une formation d'éducation pour la santé.

##### 4°) L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Elle forme des Médecins les Pharmaciens nationaux. L'éducation pour la santé devait occuper une place de choix dans la formation de ces futurs cadres supérieurs de la Santé.

Dans les Centres de Protection Maternelle et Infantile des cours sont dispensés aux femmes par des Infirmières, des Assistantes sociales, des aides sociales, des sages femmes. Ils portent sur la nutrition, l'hygiène la prévention des maladies etc... Leur rythme est très irrégulier suite de ~~motivations~~, de manque de personnel. L'absence de moyen financier rarifie les démonstrations diététiques. La participation des autres cadres médicaux et para-médicaux se limite à leur contribution à quelques activités périodiques: conférences, semaine nationale de la santé etc....

#### 4.V.- L'ORGANISATION DES UNITES

Dans les centres de développement communautaire l'éducation pour la Santé occupe une place de première importance. A Sanankoroba, village situé à 30 km. de Bamako, des cours organisés avec la participation de l'Infirmier, de la Sage Femme des Agents de la croix rouge malienne, des Assistantes sociales permirent la formation d'animatrices locales, bénévoles. Des notions d'hygiène, d'éducation pour la santé, de nivaquinisation leur furent enseignées. Elles assurent en compagnie du personnel de la P.M.I., du Centre médical social les ~~consultations~~ consultations prénatales. Des accoucheuses traditionnelles ont été également recyclées.

A Handallaye ( Bamako ville), dans la zone de Ségou ( Dioro, Tanani, Sansanding, San, Founiana) et à Mopti existent également les Centres de développement communautaire à activités semblables à celles de Sanankoroba.

#### 4.VI.- L'ADMINISTRATION ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

Pendant la colonisation, l'éducation pour la santé partait du principe que les populations auxquelles elle s'adressait étaient ignorantes, qu'il fallait leur faire adopter les habitudes d'une vie saine en utilisant si nécessaire la contrainte. Celle-ci n'ayant pas aboutit au résultat escompté elle révisa cette politique et adopta une autre qui était plutôt théorique que pratique. Ainsi la circulaire n°162 du 20 Mai 1946 du Gouvernement Général de l'A.O.F. ( Afrique Occidentale Française) adressée aux Gouverneurs du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, du Soudan, de la Guinée, du Niger, du Dahomey, au Commissaire de la République Française au Togo ...../....

administrateur de la circonscription de Dakar et dépendance aborde le problème de la protection maternelle et infantile en dégageant toutes les mesures médico-sociales dans leurs détails. Mais dans les villages d'Afrique, les populations étaient obligées de se faire vacciner, obligées de se rendre aux campagnes de dépistage de l'onchocercose, de la trypanosomiase. L'administration malienne a hérité cette politique de contrainte. Dans les villes la stagnation d'eaux dans une cour fait l'objet d'une convocation au Service d'hygiène, le paiement d'une amende. En milieu rural une femme qui accouche dans sa maison voit son mari sanctionné de verser une somme de 2.000 francs. Ces mesures coercitives peuvent avoir des effets pendant que la force existe. Mais elles sont caduques. C'est pourquoi M. Jawaharlal NEHRU ancien premier ministre indien disait :

"... Nous devons traiter les gens en hommes et en femmes qu'il faut convaincre, à qui il faut faire comprendre la situation et qu'il faut gagner aux causes qui nous tiennent à coeur.....

....Quiconque adopte une attitude de supérieur a peu de chance de gagner vraiment le chemin de l'esprit ou du coeur de son interlocuteur...

Nous savons peut être un peu plus de choses, nous avons plus de bien-être, plus de privilège, mais il est totalement injustifié de présumer que pour ces seules raisons nous sommes meilleurs que les autres."

-----  
-----

CINQUIEME PARTIE  
ANALYSE CRITIQUE

A N A L Y S E

---

De l'étude que nous venons de porter sur la situation actuelle de l'éducation pour la Santé au Mali nous pouvons tirer les remarques suivantes :

1. Il ne semble exister au Mali aucune planification définissant avec précision la place de l'éducation pour la Santé et le rôle qui doit être le sien, ni les modalités de son application. L'improvisation semble la règle.

2. L'éducation pour la Santé du point de vue des gens de la Santé eux-mêmes ne semble être que le fait de la section de l'éducation pour la Santé. Il en résulte : d'une part, que les Médecins, Infirmiers, Sages-femmes, Aides soignants, Matrones rurales se cantonnent dans des actions curatives et négligent pratiquement la tâche éducative qui <sup>leur</sup> incombe, d'autre part/ <sup>que</sup> la section de l'éducation pour la Santé résume à elle seule l'ensemble des activités éducatives du Ministère de la Santé.

3. Aucun système d'évaluation ne semble n'avoir jamais été envisagé afin de définir exactement les besoins éducatifs, ni de mesurer la portée des actions réalisées, en cours et devant se réaliser.

4. Cet état d'esprit peut être attribué à la formation du personnel médical issu en grande partie de l'école française pour laquelle l'éducation pour la Santé ne semble exister que dans les livres.

5. La tenue de séminaires régionaux semble concrétiser la prise de conscience de cette réalité au niveau national. Nous souhaitons que cette inversion de tendance se poursuive et porte les fruits qu'elle espère donner.

6. La très grande majorité des villages du Mali, malgré l'éclatant succès de certaines initiatives en matière de Santé maternelle et infantile (les maternités rurales), reste en dehors de portée de toute action éducative par manque de personnel, dit-on ; nous pensons plutôt par manque de mobilité du personnel en place.

7. L'éducation pour la Santé semble être négligée dans les écoles. Très souvent même les maîtres sont les derniers à appliquer le minimum de mesures éducatives dans leur famille et constituent des exemples extrêmement nocifs. L'école constitue pourtant un milieu de choix où les programmes éducatifs sont faciles à exécuter.

8. Quelle action éducative peut on espérer alors que les matrones, aides soignants, infirmiers ignorent les principes élémentaires de l'éducation pour la Santé ?

9. Les chefs de village, thérapeutes traditionnels et autres personnes qui ont un rôle si important dans la genèse des comportements en milieu rural sont tenus à l'écart et parfois même combattus par le personnel médical en place. Ils constituent en conséquence un pouvoir occulte qui entrave l'efficacité des programmes éducatifs alors qu'un simple pas vers eux les emmènerait petit à petit à ces principes que nous défendons.

10. Les chefs d'Arrondissement, Commandants de Cercle, Secrétaires d'Administration ont un rôle important à jouer dans l'introduction de comportements nouveaux parmi les populations rurales (fréquentation des maternités, visites prénatales, vaccinations, etc). De plus leurs avis sont souvent très écoutés. Que seront les programmes d'éducation pour la Santé si le Chef d'Arrondissement comme nous l'avons vu faire s'oppose ouvertement à des avis incontestables du corps médical ?

11. Des encadreurs des opérations du développement, des Infirmiers d'élevage, des agents des Eaux et Forêts pour ne citer que ceux-là vivent en contacts permanents avec les populations et sont sollicités par elles pour des problèmes de Santé. Malheureusement ils sont souvent aussi ignorants dans ce domaine que les populations elles-mêmes. Certains d'entre eux ayant parfois meilleure audience auprès des paysans que les agents de la Santé. Comment ne pas douter de l'impact réel des messages transmis s'ils sont contredits peu de temps après ?

12. Des initiatives d'une portée inestimable ont été prises par les services autres que celui du Ministère de la Santé. Il s'agit surtout de la Direction nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée qui constituent pour l'avenir une richesse oh ! combien inexploitée. Il serait temps que le personnel de la Santé le réalise et prenne les initiatives qui s'imposent.

Devant toutes ces considérations nous osons émettre les principes suivants : il est nécessaire de -

1). changer les mentalités dans les écoles de formation professionnelle en revalorisant l'importance de l'éducation pour la Santé sans laquelle aucune promotion sanitaire ne pourra voir le jour (Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, Ecole secondaire de la Santé, Ecole des Infirmiers, etc). Les futurs cadres de la Santé devront être convaincus des rôles qu'ils joueront en matière d'éducation pour la Santé. Ils doivent être à même de mener à bien les programmes éducatifs qu'ils auront à conduire.

2). mettre sur pied une infrastructure de première ligne (agent sanitaire, accoucheuse traditionnelle recyclée, etc....) dans chaque village du Mali conformément au concept des soins de Santé primaire, afin que l'action éducative pénètre dans chaque foyer.

3). créer une collaboration aussi étroite que possible entre la DINAFLA et la Santé pour qu'elle puisse participer pleinement à la promotion sanitaire de notre pays et jouer le rôle irremplaçable qui ~~est~~ le sien.

4). planifier le plus rigoureusement possible la politique sanitaire du pays afin que l'action éducative puisse elle-même planifiée.

5). donner à l'ensemble du personnel de 2ème et 3ème ligne (Aides soignants, Matrones, Aides soignantes, etc) une formation minimale en matière d'éducation pour la Santé.

6). donner à l'ensemble des cadres qui travaillent en contact permanent avec les populations le minimum de formation sanitaire et de les intégrer aux actions de Santé conformément aux principes du développement communautaire.

7). repenser le rôle de l'école comme élément de choix de l'éducation pour la Santé.

8). recherche au niveau de l'Institut national de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle une stratégie permettant de faire un pas vers les "gardiens" de nos coutumes pour qu'un dialogue s'installe.

mettre sur pied un système d'évaluation permettant de connaître le mieux possible la situation actuelle et le devenir des programmes en matière d'éducation pour la Santé.

SIXIEME PARTIE  
P R O P O S I T I O N S

6.1.- DU POINT DE VUE TECHNIQUE

6.1.1.- LE RESEAU EDUCATIONNEL

1°) Au niveau du Village

Ce réseau repose sur :

- L'équipe de santé du village
- Les guérisseurs ( accoucheuses traditionnelles, herboristes, géomanciens, fétichistes )
- Les anciens scolarisés et élèves
- Le chef du village et ses conseillers.

Ils peuvent être groupés en éléments actifs et passifs.

.- Les éléments actifs :

Ce sont : .

. L'Agent sanitaire du village

Il agit essentiellement auprès des hommes du village par :

- l'exemple de sa famille :
  - . Ses enfants sont soumis régulièrement aux visites systématiques et sont correctement vaccinés.
  - . Sa femme se présente aux consultations prénatales. Elle accouche à la maternité.
  - . Dans sa concession bien propre se trouvent une latrine et un puits protégé, etc...
- ses conseils auprès
  - . du conseil de village lors des circonstances particulières (Ex.épidémie, venue d'une équipe des grandes endémies etc...)
  - . des particuliers lorsqu'une occasion se présente ( la population sait qu'il est capable de répondre à certaines questions qu'elle se pose).
  - . des malades du village au moment des consultations (comment se protéger contre certaines maladies).

. L'Animatrice du village

Elle complète l'action des accoucheuses traditionnelles. Si son jeune âge ne lui permet pas d'être autoritaire, il lui donne tout de même la souplesse. Elle doit être la propagatrice des idées nouvelles en matière de santé maternelle et infantile dans le village par :

- son ~~exemple~~: elle applique dans son ménage les recommandations qui lui ont été enseignées (hygiène de la concession, santé maternelle et infantile etc...)

- ses conseils ~~auprès~~

. de l'association villageoise des femmes dont elle est l'animatrice ( organisation de la nivaquinisation, organisation de la collecte des noix de karité, organisation des vaccinations avec la matrone...)

. des particuliers ( conseils donnés à une ~~manan~~ dont l'enfant maigrit ou qui n'a plus de lait...)

#### . L'Alphabétisation Fonctionnelle

Elle constitue un des lieux privilégiés de l'action éducative. Son action s'effectue selon deux concepts :

- La transmission des connaissances aux alphabétisés ( qu'est-ce que la rougeole ? Comment s'en protéger ? etc..)

- L'organisation d'activités spécifiques : construction de latrines dans les familles des alphabétisés, journées de propreté du village, campagnes d'informations auprès des chefs de famille, gestion d'une charrette permettant les évacuations sanitaires ....)

:

#### . Les Elèves et anciens Scolarisés

Etant donné leur jeune âge, on ne peut beaucoup espérer d'eux dans l'immédiat; ils constituent cependant un investissement car le jour où ils seront chefs de famille, voire de village ils appliqueront les mesures préconisées.

#### . Le Griot

Judicieusement utilisé il peut jouer un rôle majeur dans la transmission des messages. L'élaboration d'historiettes à thème sanitaire qu'il racontera au cours de la veillée constitue un moyen de choix permettant aux enfants d'apprendre des notions nouvelles.

On attend d'eux leur non opposition à la pénétration des idées nouvelles. Il est indéniable que si ces éléments passifs devenaient actifs dans le sens souhaité tout n'irait que pour le mieux ( le jour où les guérisseurs feront campagne pour la vaccination, bien de choses auront changé) . Mais notre connaissance de la réalité nous incite à la modération l'objectif" passivité sera largement suffisant. Ce sont :

- Le Chef de Village

Aucune action ne peut vraiment réussir dans un village sans l'accord de son chef. Là encore le rôle du chef de village au sein du réseau sera au minimum de ne pas s'opposer aux initiatives des éléments actifs.

- Les Guérisseurs

Leur adhésion aux idées nouvelles est le garant indiscutable du changement dans les comportements . Si on ne peut espérer d'eux une action directe, on peut au moins compter sur leur non opposition aux initiatives. C'est ainsi qu'un guérisseur qui aura compris l'intérêt de la vaccination jouera un rôle très important par le simple fait d'envoyer ses enfants se faire vacciner ou par celui de ne pas décourager ses proches.

- Les Accoucheuses traditionnelles

Elles agissent auprès des femmes et des enfants. De par leur rôle traditionnel d'éducatrices des mères et des futures mères elles occupent une place de choix dans l'acquisition des comportements souhaités en matière de santé maternelle et infantile. Même si leurs actions n'arrivent pas à être directes ( elles sont sources d'autorité mais pas de souplesse) elles peuvent être indirectes par le fait qu'elles ne s'opposent pas aux initiatives du réseau.

2°) Au Niveau du Secteur de Base

- L'aide soignant et la matrone rurale

Ils interviennent :

- au niveau du dispensaire et de la maternité par les séances éducatives qu'ils organisent périodiquement: Ex. lors des visites prénatales
- ou lorsque tout simplement la salle d'attente est pleine.
- dans les villages au cours des tournées systématiques mensuelles que chacun doit faire dans les villages de leur secteur. Ils organisent alors une rencontre sous l'arbre à palabres.

- au cours des événements sanitaires de tous les jours Ex: lors d'une épidémie, avant l'arrivée d'une équipe des grandes endémies.

- auprès des Agents sanitaires, animatrices, accoucheuses traditionnelles, chef de village dont ils assurent l'encadrement.

- par leur exemple , leur concession doit être la concession modèle sur le plan de la propreté, munie d'un puits bien protégé, d'une latrine etc...

- Les Enseignants

Ils interviennent - par le programme des cours qu'ils dispensent.

- par l'hygiène qui règne au niveau de l'école , de ses annexes, l'alimentation des élèves à la cantine

- par les contacts personnels : conseils en cas de maladie. L'instituteur est souvent interrogé sur la conduite à tenir devant de telles difficultés.

- Les Agents du développement, ( encadreur de l'OACV, Agent technique de la coopération etc...)

Au cours des tournées ils peuvent être amenés à donner des avis.

### 3°) Au Niveau de l'Arrondissement

- L'Infirmier chef de l'Arrondissement

Il coordonne l'ensemble des activités éducatives au niveau de son Arrondissement. Il prépare avec son personnel (aides soignants, matrones) lors de la réunion mensuelle au chef lieu d'arrondissement le programme éducatif du mois à venir, il assure la formation de son personnel en matière d'éducation pour la santé. Il veille à ce qu'il montre l'exemple , assure la formation des cadres du secteur, fournit le matériel pédagogique d'appoint et dirige la bonne réalisation des campagnes éducatives ( Nutrition, Assainissement, Vaccination...)

- Les Chef de Z.A.F. (Zone d'Alphabétisation Fonctionnelle )

Il encadre les Centres d'alphabétisation dans leurs activités éducatives, coordonne les activités des alphabétisés.

- Le Chef d'Arrondissement

Il collabore avec l'équipe de santé de l'arrondissement pour la réalisation des activités éducatives.

- L'Infirmier Vétérinaire

69../

Au cours de ses tournées il peut être amené à donner des conseils.

- Les Associations des femmes

Elles organisent avec la matrone les activités de santé maternelle et infantile dont elles assurent le financement.

- Les Associations des jeunes

Elles encadrent l'action des Agents sanitaires par leurs champs collectifs les produits de leur pêche . Elles assurent une partie du financement des actions de santé.

4°) Au Niveau du Cercle

- Le Médecin Chef de Cercle

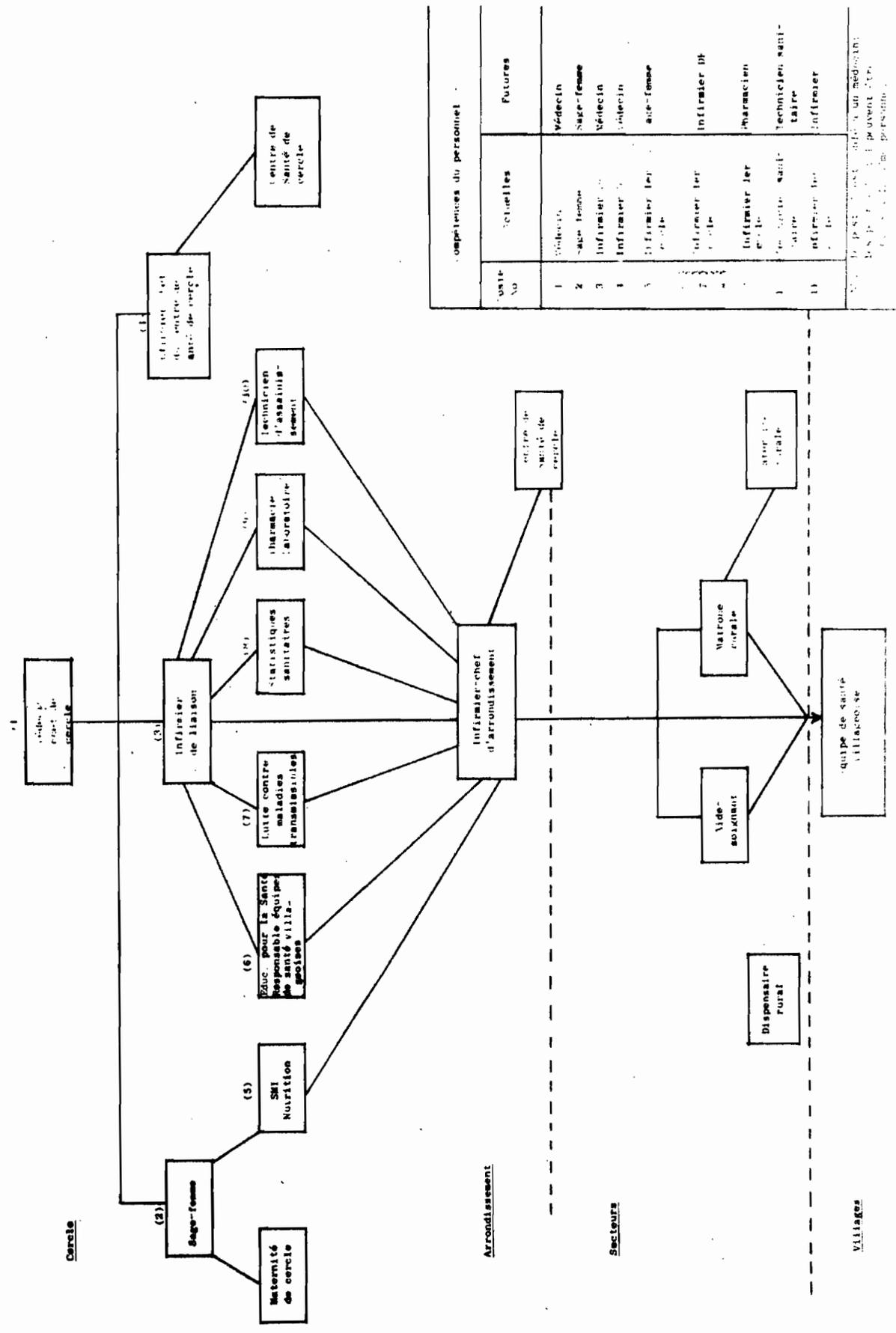
Il est :

- . Responsable de l'ensemble des actions éducatives de son cercle
- . Le planificateur principal dans son cercle.
- . Il assure la formation de son personnel (Infirmiers Sages Femmes...) et les principaux cadres(administration, élevage, agriculture).

Il est secondé dans sa tâche par l'Infirmier chargé d'éducation pour la santé ( voir organigramme )

Celui-ci est chargé :

- . de superviser le déroulement des programmes d'éducation pour la santé dans le cercle .
- . d'assurer la formation des Agents de première et deuxième lignes( Agents sanitaires de village, aides soignants, matrones etc...)
- . d'entretenir le matériel pédagogique
- . d'assurer l'approvisionnement régulier des arrondissements avec ce même matériel.



Compétences du personnel		
Catégorie	Actuelles	Futures
1	Médecin	Médecin
2	Sage-femme	Sage-femme
3	Infirmier	Médecin
4	Infirmier	Médecin
5	Infirmier	Sage-femme
6	Infirmier	Infirmier D.T.
7	Infirmier	Pharmacien
8	Infirmier	Technicien sanitaire
9	Infirmier	Infirmier

Notes: 1. Les compétences futures sont celles qui peuvent être acquises par le personnel.

- Le Médecin Coordinateur

- . Il est responsable de l'éducation pour la Santé au niveau de la Région.
- . Il coordonne les différents programmes éducatifs établis au niveau des cercles avec le programme national.

Il est aidé par un Infirmier responsable de l'éducation. Celui-ci a pour tâche :

- . D'informer le Médecin Coordinateur du déroulement des programmes éducatifs.
- . D'entretenir le matériel technique pouvant être mis à la disposition des cercles ( appareils cinématographiques, affiches, manuels, flanellographes...)
- . De participer à la formation du personnel de santé en matière d'éducation pour la Santé.

6°) Au Niveau National

- Le Directeur Général de la Santé :

. Il est responsable de l'éducation pour la santé dans le pays. Il est secondé par un adjoint spécialisé en Santé Publique.

- Le Directeur Adjoint

Il est spécialement chargé de représenter l'éducation pour la santé au sein de l'équipe de planification sanitaire. Il est en outre tenu de :

- . diriger la mise au point, la gestion du matériel pédagogique
- . garantir la bonne formation du personnel de santé en matière d'éducation pour la santé tant au niveau des écoles professionnelles ( Ecole des Infirmiers du premier cycle, Ecole Secondaire de la Santé, Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, Centre de Développement Communautaire...) qu'au niveau de la formation permanente ( recyclage périodique de l'ensemble du personnel ...)

. mettre au point les évaluations périodiques.

. Il est le conseiller technique du Directeur Général de la Santé en matière d'éducation pour la Santé et qu'il représente auprès des autres Ministères ( Ministères de l'Education Nationale, du Développement ) lorsque cela est nécessaire. Il dirige l'exécution des actions nationales en particulier l'action radiophonique, l'action de la presse nationale. Il est aidé dans sa tâche par une équipe de techniciens. Il participe aux rencontres internationales et se tient au courant au jour le jour des progrès effectués dans sa spécialité.

### 6.1.2.- LE PROGRAMME

Il est planifié. Il résulte d'un compromis entre deux partenaires: d'une part les planificateurs sanitaires, d'autre part les populations cibles. A chaque catégorie sociale de la population, à chaque région géographique, à chaque milieu ethnique et à chaque période de l'année correspond un programme défini en termes d'objectifs pédagogiques. C'est ainsi qu'il existe un programme pour les bambaras, un programme pour les Peulhs etc... . A l'intérieur de chacun de ces programmes se trouvent des sous divisions correspondant à la place sociologique des éléments cibles. Il est donc reconnu respectivement un programme pour les paysans analphabètes, alphabétisés, les guérisseurs, les encadreurs agricoles etc.... Les matières enseignées tendent à être les mêmes, mais deux critères différencient les programmes. Il s'agit d'une part du niveau des compétences es-pérées (niveau codifié : 1, 2, 3 4 etc...) et d'autre part de la nature de la transcription linguistique du comportement souhaité. (Exemple: les conseils diététiques donnés à un peulh ne sauraient être ceux donnés à un bambara). Nous donnons ci-dessous l'exemple d'un programme donné au bambara. Il comprend deux parties :

- d'une part la liste des objectifs éducationnels accompagnés de leurs côtes chiffrées. (Voir tableau A).

- d'autre part la liste des catégories sociales reconnues avec en face les côtes des objectifs éducationnels correspondants. (Voir tableau B).

Un tel programme a plusieurs avantages. Il permet

- de planifier rigoureusement l'éducation pour la santé en maîtrisant le déroulement à quelque échelle que ce soit.

- d'adapter le programme aux particularités locales ou temporelles.

Si une zone est en avance sur une autre, il sera possible de continuer l'action éducative en élevant d'une unité le numéro des côtes correspondantes.

Par exemple les Agents sanitaires de Kita ont atteint un niveau 2. Après évaluation on peut décider que ces Agents doivent maintenant accéder au niveau 3 alors que ceux de Kolokani sont maintenus au niveau 2.

- d'évaluer de façon rigoureuse le déroulement du programme.

Afin d'être appliqué ce programme dispose de tout un matériel pédagogique.

TABLEAU DE QUELQUES OBJECTIFS CLASSEES PAR COTES (Tableau A.)

DOMAINE	OBJECTIFS A ATTEINDRE	COTES
VACCINATIONS	- Expliquer clairement l'utilité d'une vaccination	1
	- Citer 4 maladies justiciables d'une vaccination	2
	- Etablir le calendrier de vaccination de 4 maladies	3
	- Pratiquer sans faute 4 types de vaccination	4
NIVAQUINISATION	- Expliquer l'utilité de la nivaquinisation	1
	- Préciser les différentes posologies selon les âges	2
	- Participer activement à une campagne de nivaquinisation	3
	- Organiser une campagne de nivaquinisation	4
HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	- Expliquer l'utilité d'une hygiène corporelle vestimentaire, alimentaire	1
	- Expliquer l'aménagement, la protection d'un puits, d'une latrine avec les moyens de bord, être en mesure d'expliquer une manière de rendre une eau potable, un système d'évacuation des ordures	2
	- Assumer une responsabilité pour l'exécution d'une campagne d'hygiène	3
	- Organiser une campagne d'hygiène	4
NUTRITION	- Expliquer les méfaits d'une mauvaise alimentation	1
	- Citer 3 signes d'une malnutrition	2
	- Prévenir une malnutrition chez un enfant	3
	- Traiter une malnutrition et organiser une campagne d'éducation nutritionnelle	4
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	- Conduire sans intervention d'une autre personne un enfant malade chez l'A.S.V. ou au dispensaire	1
	- Donner 2 avantages d'un accouchement à la maternité,	2
	- Expliquer comment se fait le sevrage	3
	- Pratiquer les consultations prénatales les pesées des enfants,	4
MEDECINE CURATIVE	- Soigner ou conseiller de se rendre au dispensaire en cas de maladie	1
	- Connaître au moins un médicament, son mode d'emploi utilisé dans le traitement d'une d'une diarrhée, un accès palustre, une plaie simple,	2
	- Citer le nom de 10 maladies courantes, leur cause, leurs principaux signes;	3
	- En cas d'épidémie être en mesure de comprendre, d'expliquer 2 méthodes de prévention	4

- TABLEAU DES NIVEAUX PAR CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES (Tableau B.)

GROUPES SOCIO-PRE-FES- SIONNELS	VACCINA- TIONS	NIVAQUI- NISATION	HYGIENE & ASSait!	INUTRITION	MEDECINE CURATIVE	SANTE MAT.&INF.
AGENT SANITAIRE DU VILLAGE	3	2	3	3	3	3
ANIMATEUR DE L'ALPHABETIS. FONCT.	2	2	2	2	2	2
ANIMATRICE DU VILLAGE	2	2	2	3	2	3
CHEF DU VILLAGE	1	1	2	1	1	2
THERAPEUTE TRADIT.	1	1	1	2	1	2
ACCOUCHEUSE TRADTI. RECYCLEE	1	2	1	2	1	2
PAYSAN NON ALPHABETISE	H. 1 F. 1	1	1	1	1	1
PAYSAN ALPHABETISE	H. 1 F. 2	2	2	2	1	2
MATRONE RURALE	4	3	3	3	3	4
L'INSTITUTEUR	3	3	3	2	3	2
L'ENCADREUR DE L'AL- PHAB. FONCTIONNELLE	2	2	3	2	2	2
L'ELEVE EN FIN DU 1er CYCLE	1	1	1	1	1	1
L'AIDE SOIGNANT	4	3	3	3	4	4
CHEF D'ARRONDISSEMENT	2	3	2	2	2	2
INFIRMIER CHEF	4	4	4	4	4	4
INFIRMIER VETERIN.	3	3	3	3	3	3
ENCADREUR O.A.C.V.	2	2	2	2	2	2
L'ELEVE EN FIN DE SECOND CYCLE	2	2	2	2	2	2
AGENT TECHNIQUE DE COOPERATION	1	2	2	1	2	2

### 6.1.3.- LE MATERIEL PEDAGOGIQUE

#### 1°) Description

##### - Les Manuels

A chaque catégorie sociale correspond un manuel écrit dans les différentes langues nationales conformément au programme établi. Ainsi il existe un manuel pour agent sanitaire en barbara, un manuel pour alphabétisé en peulh etc...

Les catégories sociales parlant français ont leur manuel en français ( aides soignants, encadreurs agricoles, matrones rurales etc...) Il existe plusieurs niveaux de manuels correspondants aux objectifs éducationnels.

##### - Le Flanellographe

A chaque manuel correspondent plusieurs planches de flanellographe dont les dessins sont identiques à ceux des dessins ou de manuel.

##### - Montage audiovisuel ( Diapositives )

Sous forme de film fixe commenté sur bandes magnétiques ou sous forme de film parlant ils sont caractérisés par l'ethnie à laquelle ils s'adressent (sujet et niveau ).

##### - La Radio

Elle appuie les autres actions éducatives en précisant les auditeurs auxquels elle s'adresse en langues locales en respectant la programmation dans le temps.

##### - Les Affiches

Elles sont prévues pour être exposées dans les lieux publics: dispensaires, écoles, marchés, magasins de vente. Elles s'efforcent par le dessin, le commentaire en langue locales d'entretenir la transmission des messages au sein du programme éducatif.

#### - 2°) Répartition

On peut concevoir la répartition suivante .

- un panneau de feutre par secteur avec les images correspondantes
- appareil de projection pour diapositives avec un magnétophone par arrondissement. Celui-ci serait possédé en commun par tous les secteurs qui nécessitent un processus éducatif: école, élevage, grandes opérations de développement, alphabétisation fonctionnelle.

- un appareil de projection de film 16 mm par cercle ( propriété commune avec tous les secteurs de développement.)

- une imprimerie régionale de manuels pédagogiques et de tirages d'affiches.

- un Service National d'émissions radiophoniques disposant d'une section régionale.

- un Service National Cinématographique qui a pour but de réaliser des films.

Elle sera faite par une équipe nationale de techniciens n'ayant aucun rapport avec l'exécution des programmes éducatifs. Celle-ci procédera de façon programmée à une évaluation des activités dans le domaine de l'éducation pour la santé. Elle comprendra :

- l' Médecin ou un Infirmier d'Etat spécialisé en éducation pour la Santé.

- des linguistes
- des sociologues
- des pédagogues
- des techniciens audiovisuels.

Elle doit éclaircir la direction générale de la Santé Publique sur les progrès accomplis et lui suggérer les mesures à prendre. Il serait souhaitable que cette équipe d'évaluation se fasse et qu'une même équipe avec celle chargée d'établir des projets éducatifs dans le domaine de l'agriculture, élevage, alphabétisation fonctionnelle. ;

## 6.II.- DU POINT DE VUE INSTITUTIONNEL

### 6.II-1.- ORGANISATION

Ainsi qu'il apparait dans la description ci-dessus la responsabilité des programmes incombe à la Direction Nationale de la Santé et à ses efferences périphériques. La section de l'éducation pour la Santé actuelle doit être chargée de:

- la conduite des programmes strictement nationaux
- la mise au point du matériel pédagogique
- la formation du personnel
- l'évaluation

Pour une meilleure planification il serait souhaitable que cette section fasse partie d'un Institut national de santé qui serait la cellule unificatrice au niveau de la santé. Elle doit collaborer étroitement avec les sections correspondantes des autres Ministères; ( développement rural, éducation nationale etc...)

Il est temps que l'ensemble du personnel de la santé réalise que l'éducation pour la santé est sa tâche et non celle d'un seul service. Par ailleurs, il est temps que chacun sache que l'éducation est un tout et qu'il est vain de penser que seule la santé a le privilège de l'éducation dans son domaine.

L'Ecole, l'alphabétisation, les vulgarisateurs, l'administration ont un rôle essentiel à jour.

### 6.II.2.- LEGISLATION

Etant donné les initiatives prises dans le désordre par l'administration, il est temps que des textes législatifs à propos de comportements dans la santé soient élaborés au niveau national pour préciser les règles à appliquer. Elles-ci seront faites par une commission technique composée de médecins à cet effet. Est-il normal qu'un chef d'arrondissement prélève 2.000 francs à un mari parce que sa femme a accouché à la maison? Voilà une question à laquelle il est urgent de

SEPTIEME PARTIE  
C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

-----

La situation sanitaire de notre pays reste des plus préoccupantes: près d'un enfant sur deux meurt avant d'atteindre l'âge de Cinq ans. Pourtant les découvertes scientifiques la mettent parfaitement à notre portée.

De nombreux pays ont déjà montré que le sous développement n'est pas un obstacle infranchissable dans la lutte pour la santé et que la volonté politique en est l'élément déterminant. Une analyse de cette situation sanitaire permet de mettre en valeur l'importance majeure des comportements.

Les populations rurales restent encore peu préoccupées des bienfaits de la médecine moderne. En effet elle leur reste inaccessible et ne les a pas encore convaincues de ses possibilités. Elles la ressentent comme contraire à leur coutumes et réagissent de manière hyperconservatrice afin de protéger le patrimoine culturel qui leur a été légué par les générations antérieures et auquel elles adhèrent profondément.

C'est pourquoi l'éducation pour la santé reste le fer de lance de tout projet. Ceci constitue une vérité que peu de gens contrediront, mais il ne suffit pas de parler d'éducation pour en faire.

Le Mali dispose aujourd'hui d'un ensemble d'institutions aptes à servir de courroie de transmission entre les planificateurs sanitaires et les populations intéressées.

La santé y tient sa place mais d'autres encore doivent siéger à ses côtés. Nous ne citerons à titre d'exemple que l'alphabétisation fonctionnelle qui dans ce domaine a déjà fait preuve de ses capacités. Afin que tout cela aboutisse il s'avère nécessaire:

1°) de fixer avec précision les objectifs issus d'une analyse sérieuse des réalités sanitaires du pays.

2°) d'intégrer les actions de santé au sein d'un programme unique et de les décentraliser jusqu'au niveau des plus petits regroupements humains conformément au concept des soins de santé primaire. ..//..

3°) d'assurer une intégration de la santé au sein des programmes de développement conformément au concept du développement communautaire.

Il sera alors possible de mener à bien l'action éducative proposée qui reposera sur :

1°) l'élaboration des programmes définis en termes d'objectifs éducationnels aussi adaptés que possible aux groupes sociaux auxquels ils sont destinés.

2°) la mise au point de matériel pédagogique apte à assurer la bonne application des programmes.

3°) la mise au point d'un système d'évaluation capable à tout moment de faire le point de la situation afin d'apprécier concrètement la réalité du chemin parcouru et de redéfinir les objectifs pédagogiques mieux adaptés aux objectifs sanitaires finaux.

-----  
-----

HUITIEME PARTIE

A N N E X E

I.- ROLE ET TACHES DE QUELQUES ELEMENTS DU RESEAU EDUCATIF -1°) L'animatrice de village

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

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

Son rôle est de :

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

Ses tâches sont de :

- traiter les affections simples comme l'agent sanitaire;
- gérer avec l'agent sanitaire la petite pharmacie de village;
- donner les premiers soins aux blessés;
- conseiller aux malades plus graves, dont l'affection dépasse les compétences de l'équipe de santé du village, de se rendre au dispensaire ;

- assurer aussi l'évacuation sanitaire des urgences;
- assurer l'éducation pour la santé des femmes dans le domaine de la vie génitale de la femme, de la grossesse et de l'accouchement, de l'hygiène, de l'eau potable, des latrines, des ordures;
- faire l'éducation nutritionnelle de la femme notamment en ce qui concerne la préparation des repas du nourrisson et de l'enfant;
- effectuer chaque semaine la distribution de nivaquine;
- aider à accoucher les femmes qui le lui demandent et dont l'accouchement se présente bien;
- aider l'agent sanitaire pour les statistiques d'état civil.

## 2°) - L'accoucheuse traditionnelle

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

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

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

Ses tâches sont :

- donner des conseils aux femmes du village pendant leur grossesse (hygiène, diététique);
- conseiller aux femmes d'accoucher à la maternité;
- aider à accoucher les femmes qui le demandent et qui ont refusé de se rendre à la maternité (section aseptique du cordon, et pansement ombilical);

- évacuer les urgences obstétricales;
- consentir à se faire aider par l'animatrice ( comportement correct) afin de préparer la relève;
- expliquer les suites de couches aux mères;
- prodiger des règles diététiques à la mère, et son enfant;
- expliquer aux mères l'importance de la prévention (nivaquinisation, vaccination);
- aider la matrone rurale;
- conseiller sur le plan technique l'association des femmes.

### 3°)- La Matrone rurale

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

Ses tâches sont :

- effectuer les accouchements normaux;
- assurer les activités de SMI, au niveau des maternités rurales et des villages qui en dépendent;
- collaborer et superviser les accoucheuses traditionnelles;
- évacuer les urgences;
- assurer l'éducation pour la santé.

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

### II.- TEXTE RADIODIFFUSE ( en Français et en Langues vernaculaires)

- La rougeole est l'une des premières maladies qui atteint les enfants en bas âges c'est-à-dire de 3 mois à 6 ans. Elle est causée par des petits "microbes" appelés virus. La rougeole est très contagieuse c'est-à-dire qu'elle se transmet facile d'un enfant malade à un enfant sain.

- La maladie se transmet le plus souvent par contact direct avec celui qui fait la maladie. En effet, il suffit qu'un enfant non protégé contre cette maladie c'est-à-dire qui n'a pas été vacciné contre elle ou ne l'avait pas contracté pénètre dans un temps court dans une pièce où se trouve le malade, même sans l'approcher pour qu'il attrape lui aussi la maladie.

On peut également attraper la rougeole par contact indirect, par l'intermédiaire des aliments, objets etc... qui sont souillés par le malade. Mais cette façon d'attraper la rougeole est rare car, les microbes de la maladie sont très fragiles, ils vivent très peu en dehors de l'organisme humain.

- Il se passera quelques jours sans que rien ne se manifeste chez le sujet qui a eu un contact avec un rougeoleux (10 à 14 jours). C'est après que la maladie débutera par une fièvre élevée qui est le premier signe; en même temps l'état général du malade s'aggrave, ses yeux se teints en rouge, il larmoie, son nez coule, il commence à tousser (toux sèche). Ensuite apparaît des taches sur la face, le thorax et les membres. Après le corps se couvre de petits boutons qui sècheront dans 2 à 4 jours puis se détacheront en pellicules.

- La rougeole peut s'aggraver si l'enfant n'est pas bien traité et à temps. Cette gravité est due à l'apparition de complication d'origine infectieuse secondaire c'est à dire par d'autres microbes, ou par un état nutritionnel défectueux. Le plus souvent ce sont les enfants de 6 mois à 1 an et surtout les enfants débiles ou mal nourris qui sont exposés à la gravité de la rougeole. La rougeole peut se compliquer par d'autres maladies, oreilles (otites), poumons (pneumonie ou bronche-pneumonie, diarrhées, vomissements) pouvant aboutir à un état de dénutrition et de déshydratation.

- Lorsqu'une épidémie de rougeole éclate dans une famille on constate que certains enfants ne font pas la maladie. Cela peut arriver lorsque ces enfants ont été vaccinés contre la maladie ou lorsqu'ils avaient déjà fait la maladie. De même jusqu'à 3 mois, les nourrissons ne font pas la rougeole si la mère avait eu la rougeole, cette protection maternelle est dite

- On rencontre plus de cas et ou d'épidémie de rougeole dans les grands centres urbains que dans les campagne en raison de la concentration des populations (Ecoles -Cinéma, spectacles etc) alors que la vie en campagne est plus saine, les gens sont éparpillés, donc les contacts plus réstreints.

- La rougeole peut apparaître à tout moment mais c'est surtout pendant la saison froide : Décembre , Janvier, Février que sa fréquence est grande.

- L'épidémie de rougeole éclate quand un enfant atteint de la maladie entre dans un lieu ou se trouve les enfants (Ecoles- Jardin d'enfants, Salles réunions de femmes, grande famille etc...) dès ce moment, tous les enfants non protégés sont en général contaminés alors, vue le nombre important de contaminés, la rougeole sévira, l'épidemie sera explosive, massive.

- Il existe un moyen efficace pour protéger les enfants contre la rougeole. Il s'agit de la vaccination anti-rougeoleuse.

- Actuellement chez nous, au Mali cette vaccination est pratiquée à deux échelons.

1°) - à Bamako, dans tous les centres de P.M.I.

2°) - à Travers la République, en campagne de masse pour l'éradication c'est-à-dire la suppression totale de la variole et la rougeole.

- Cette vaccination contre la rougeole s'est révélée très efficace. Quant à l'éradication, elle n'aura son plein effet que lorsque tous les mères, tous les membres de la famille comprendront la nécessité de faire vacciner systématiquement c'est-à-dire totalement leurs enfants car, tant qu'il y aura un seul enfant non vacciné dans la famille, le danger n'est pas écarté.

- Certaines habitudes ou préjugés concernant la rougeole doivent être abandonnées, en particulier les habitudes alimentaires néfastes. La rougeole entraîne rapidement un état de dénutrition qui amène l'amaigrissement et l'affaiblissement aggravent ainsi l'état général du malade. Pour permettre à l'organisme de résister, il faut donner au jeune malade des aliments riches qui lui apportent de la force et de la santé comme la viande, le poisson, le lait, les fruits. Contrairement à une autre mauvaise habitude qui prive le jeune malade d'eau, il faut lui en donner suffisamment. En somme, il faut abandonner toutes les habitudes qui interdisent justement ces aliments aux enfants atteints de rougeole.

EXEMPLE DE LECONS DE LA 9ème ANNEE

-----

LA TUBERCULOSE .

La Tuberculose est une maladie contagieuse due à la pénétration et développement du bacille de Koch dans l'organisme. La maladie peut se déclarer sur plusieurs organes. Mais la plus répandue et la plus redoutable est la tuberculose pulmonaire.

1°) Evolution de la Maladie

La maladie se déclare par une fatigue générale. Une fièvre quotidienne se manifeste débutant le soir et se terminant dans la nuit par des sueurs. Le malade ressent dans douleurs thoraciques, il maigrit progressivement. Le matin, le malade tousse. Ainsi les quintes de toux deviennent de plus en plus fréquentes. Au début, les crachats du malade ressemblent à du fromage. Puis ils deviennent sanguinolents. et la mort peut intervenir après un long moment.

2°) Agent Pathogène: Le bacille de Koch :

( Découvert en 1882 )

- Description : L'Agent pathogène de la tuberculose affecte la forme d'un batonnet. C'est un bacille grêle non ~~mobile~~. ~~Il est protégé~~ par une membrane le protégé contre les sucs digestifs et la phagocytose. Il est d'une extrême virulence et il es très sensible à la lumière et à la chaleur.

Les bacilles de Koch vainqueurs des polynucléaires donnent lieu à la formation des follicules qui, ne se regroupent pas produisent des tubercules. A l'intérieur des tubercules, les microbes donnent naissance à la tuberculine qui est une substance qui prend l'aspect d'un fromage. La tubercule en se ramolissant peut vider la tuberculine dans une bronche. La tuberculine est ensuite rejetée par le malade sous forme de crachat.

- Diagnostic de la maladie : La percussion et l'~~auscultation~~ sont des méthodes permettant de reconnaître les affections pulmonaires de la maladie par les bruits anormaux qu'elles déterminent. La cuti-réaction est une méthode diagnostique bien connue. La radiographie permet de déceler les lésions tuberculeuses dans l'organisme.

.../...

#### 4°) Traitement de la maladie :

04../

Pour guérir la tuberculose, il faut avoir recours à la cure sanatoriale qui comporte une cure hygiénique. Les traitements médicamenteux et la mise au repos de l'organisme atteint.

##### - La cure hygiénique :

Une cure de repos avec horaires précis pour le lever, les heures de coucher et les promenades.

Une cure d'air facilitée par situation de l'établissement qui se trouve tantôt en haut d'une montagne ( sanatorium d'altitude) tantôt en plaine, tantôt au bord de la mer ( sanatorium maritime.

Une cure alimentaire qui consiste à suivre un régime étudié en quantité et en qualité.

- Traitement médicamenteux : On emploie des médicaments qui empêchent la multiplication des bacilles de Koch. Ce sont la streptomycine, le P.A.S. (l'Acide Para amino-Salicylique), les isoniazides ( I.N.H.). A tous ces antibiotiques on ajoute aussi des médicaments qui calment la toux.

- Chirurgie : Les progrès de la chirurgie pulmonaire permettent de nos jours l'ablation de foyers localisés.

- Repos du poumon atteint : On réalise les pneumothorax artificiels pour cicatriser les cavernes.

#### 5°) Contagion

Le plus souvent la contagion se fait directement. Le tuberculeux en toussant répand tout autour de lui les bacilles de Koch qui peuvent être respirés par un individu sain. La mère tuberculeuse contamine son enfant en l'embrassant.

La contagion se fait aussi par l'intermédiaire des objets du tuberculeux. Les microbes peuvent pénétrer par les blessures . La tuberculose n'est pas héréditaire.

.../..

6°) La lutte antituberculose- Dépistage :

Tout suspect est envoyé dans un dispensaire. Tout individu atteint de tuberculose est envoyé dans un sanatorium.

- L'application :

Des mesures rigoureuses et hygiéniques.

- Education du public :

Il est dangereux de procéder au balayage à sec, de consommer le lait de vache sans l'avoir fait bouillir, de donner aux bébés une cuillerée de bouillie sur laquelle on a soufflé. Arroser toujours avant de balayer .

- Vaccination par le B.C.G. ( bacille Calmette & Guérin)

Elle immunise contre la tuberculose. Elle est très efficace.

- Lutte contre la contagion : Elle comporte une série de mesures parmi lesquelles :

- Interdiction de cracher sur la voie publique, dans les gares
- Désinfection fréquente des locaux publics
- L'inspection des abattoirs par un service sanitaire.
- Lutte contre les mouches ..etc.../

Exemples de textes réalisés par la  
Direction de l'Alphabétisation Fonctionnelle  
et de la Linguistique Appliquée.

=====  
=:::==

U

boloci ye mun ye ?

aw delilaka ka boloci ko mèn

aw yèrè bolo cira ka ban

yala aw bè boloci kun don wa ?

bana caman bè kenè bagatò minè banabagatò fè.

dò wèrè bè u sòrò o fè. o bana bè jènsen o cogo la ka taa a fè.  
a bè fò o banaw de ma : bana yèlè ma taw.

a ka ca ala, o banaw ka jugu : u dimi ka bon, wa u bè se ka  
kè mcgo koroba n'i denmisènw saya sababu yo.

ni o banaw do la lalen ye iminè, i bè furakè yero sègèrè, i  
ka furakè, ka kènèya.

nka, ka i yèrè labèn wala bana kana i minè yèrè, o de ka fisa.  
o la sa i kana to koni, k'i n'i denw sigilen sonyè, ka sòrò  
ka wuli a fura kèli fò : an bè ti min na, doktorow ka donnima  
ye cogoya nògò sòrò ka mògò kisi bana caman ma. o cogoya nògò  
ye boloci de ye.

TRADUCTION TEXTE I.-

Qu'est-ce que la Vaccination ?

Vous avez déjà entendu parler de la vaccination

Vous avez été déjà vacciné.

Connaissez-vous l'intérêt de la vaccination ?

Beaucoup de maladies sont transmises par les sujets malades aux sains qui à leur tour contaminent d'autres. Ainsi les maladies se propagent. Elles sont appelées les maladies contagieuses.

Ces maladies sont généralement graves. Elles peuvent être cause de mortalité des enfants aussi bien que des adultes.

Si vous êtes atteint d'une de ces maladies, rendez-vous au dispensaire pour que vous soyez vite soigné et guéri. Mais protégez-vous pour ne pas tomber malade. Cela est la meilleure solution. Ne vous laissez donc plus surprendre pour commencer le traitement. Aujourd'hui, les connaissances médicales permettent d'éviter beaucoup de maladies. La vaccination en est une.

---

## nyoninsa juguya

nyoninsa ye denminèn kana de ve, a nyogon tè tinyèni na farafina : yòrò d'w la, denminèn saba o saba la, kelen bè sa a la, sani den ka san nani sòrò.

nyoninsa ye bana juguba ye, den kalo wòrò ni san sa ba cè

ni nyoninsa ye ba minè ka tèmèn, a tè a den minè a kalo wòrò kun fòlò.

nka, a kalo wòrò tèmè n nen, faratiba b'a la.

nyoninsa donnen don farafina, kabini, lawolo, wa bana basigilen don.

bana in bè sòrò san kòrò waati bèe.

bana jènsènta don fana tilema fè, ni c bè bèn funteni digi tunc ma donnisènw na. ,

- TRADUCTION TEXTE II. -

La Gravité de la Rougeole

La rougeole est une maladie des enfants. En \* vérité elle est la plus grave des affections. Dans certaines régions de l'Afrique, un enfant sur trois en meurent avant l'âge de 4 ans.

Elle est grave de 6 mois à 3 ans.

Si une mère en est déjà tombée malade, son enfant en sera immunisé durant ses 6 premiers mois. Ce délai passé, les risques sont très grands. La rougeole a été introduite en Afrique depuis longtemps et elle y demeure . Elle se retrouve durant toute l'année. Elle se répand surtout pendant la saison sèche en période des grandes chaleurs./.-

-----

-----

-----

BIBLIOGRAPHIE

I.- BELLONCLE (G) et FOURNIER (G.)

Santé et Développement en milieu rural africain: reflexion sur l'expérience Nigérienne.

Editions Ouvrières , 1975, Paris

2.- BLUM-GAYET (J.)

Education Sanitaire et Culture populaire. Paris, Imp.Lavergne, 1948, In. 8, 52 p.

( Thèse médecine, Paris 1948, n°184 )

3.- BROWN (M.S.)

Un cours d'éducation sanitaire dans la pacifique Sud. Compte rendu du cours d'éducation sanitaire organisé à Nouméa en Juillet-Août 1957 par l'O.M.S. et la C.P.S., Noumea.

Commission du Pacifique Sud 1958 In 8° 76 pages.

4.- CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

Colloque médicosocial d'Abidjan: Formation du Personnel.

Education Sanitaire 1960, In 4° 31 pages

5.- COMITE D'EDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE DE LA PHARMACIE FRANCAISE

6è Conférence internationale sur la santé et l'éducation sanitaire  
10- 17 Juillet 1965 Madrid, Santé Ruffine Imp.Maisonneuve, 1965 110 pages  
Bulletin de l'ordre des pharmaciens 1965 n°105 suppl.

6.- CONGRES D'HYGIENE 39 PARIS 26-28 OCTOBRE 1959.

Education Sanitaire dans les Etats de Communauté , les départements et les territoires d'Outre Mer. Rapport et discussion

Rev.Hyg.Med.Soc.(Paris) 1960 n°Spécial pp.213-268.

7.- CONOMBO (M.)

Education Sanitaire en milieu rural en Afrique Noire

Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale, Paris , 1960, 8, (3 ) : pp.229-233

8.- COUDREAU (H.)

L'Education Sanitaire du Public dans le domaine de l'assainissement

Dakar S.N. 1963

(3è Journées médicales de Dakar 1963)

9.- COUDREAU (H.)

Education Sanitaire en milieu rural, Dakar S.n. 1963

(3ème Journées médicales de Dakar 1963)

10.- DELORE (P.)

Tendances et besoins de l'Education Sanitaire

La Santé de l'homme n°113, Janvier- Février 1960 pp.3-6

- 11.- DELORE (P.)  
Perspectives nouvelles et éthiques de l'Education Sanitaire  
La Santé de l'homme n°94 Mai-Juin 1956 pp.:72-75
- 12.- DIANE (F.S.D.) : 1976  
Développement Communautaire Promotion et Protection Sanitaires au Mali  
(Thèse Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie)
- 13.- DICKO (I.) 1975  
Contribution à l'Organisation et à l'Administration des Services  
de Santé Maternelle et Infantile dans la Région de Bamako.  
(Thèse Médecine , Ecole Nationale de Médecine de Pharmacie Bamako)
- 14.- DUPIN(H.)  
Expériences d'éducation sanitaire et nutritionnelle en Afrique  
Paris, Presses Universitaires de France, 1965- 113 pages.
- 15.- DUPIN (H.)  
Education Sanitaire et Education Alimentaire en Afrique  
Dakar 1964 120 pages + 3 pages.
- 16.- FARAH (F.)  
Possibilités actuelles en matière d'Education Sanitaire  
Dakar, Faculté de Médecine, Laboratoire d'hygiène 1962-63  
36 pages + 2 pages multigraphiées.
- 17.- FOMBA (N.)  
Contribution à l'organisation mondiale de la Santé à la formation  
des cadres médico sanitaires de la Région Africaine.  
Genève C.M.S. 1969 106 Pages
- 18.- GILBERT( J.)  
Education Sanitaire, théorie et pratique- Paris,  
Masson, 1959, In 3° 253 pages
- 19.- GIRARD (G.) A propos de l'Education Sanitaire des populations  
de la France d'Outre- Mer  
( Extrait de la Revue de Médecine et d'hygiène d'Outre-Mer n°264)
- 20.- GILBERT (J.) Education Sanitaire, Montreal  
Presses de l'Université 1963, 141 pages
- 21.- ICHOK (G.)  
La Protection Sociale de la Santé  
Paris, Rivière, 1925, In 3°, 420 pages

- 22.- JOURNÉES REGIONALES L'EDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE  
1- 1964, Paris Coordination et harmonisation des activités éducatives  
à la promotion Sanitaire et Sociale de la Communauté.  
Doreaux Imp. Saine 1965. 239 pages
- 23.- LABUSQUIERE (R.)  
Santé rurale et médecine préventive en Afrique Stratégie à opposer aux  
principales affections.  
Bar-le-Duc Imp. Saint-Paul 1974 439 pages
- 24.- O.M.S.  
Préparation des Enseignants à l'Education Sanitaire.  
Rapport d'un Comité d'Experts mixte O.M.S./UNESCO.  
Genève 1960, In 8°, 21 pages  
O.M.S. - Serie de Rapports techniques n°193
- 25.- O.M.S.  
Premier Rapport Comité d'Experts de l'Education Sanitaire  
O.M.S. Serie de Rapports techniques 1954n°89 46 pages
- 26.- O.M.S.  
Rapport du Comité d'Experts de la formation à donner au personnel  
de Santé en matière d'éducation Sanitaire de la population  
O.M.S. Serie de rapports techniques 1957 n°156 45 pages
- 27.- O.M.S.  
L'Education Sanitaire en U.R.S.S.  
O.M.S. Cahier de Santé Publique 1963 n°19  
Genève 72 pages
- 28.- O.M.S.  
Méthodes à appliquer pour l'élaboration d'un programme coordonné  
d'actions sanitaires dans les zones rurales - 2è Rapport  
O.M.S. Série de Rapports techniques 1954, n°03, 50 pages
- 29.- O.M.S.  
Seminaire sur l'Education Sanitaire de la population en Afrique  
organisé sous les auspices du Bureau Régional de l'O.M.S. pour l'Afrique  
avec la collaboration du Gouvernement français.  
Dakar Afrique Occidentale française 25-30 Mars 1957, n°130 39 pages
- 30.- PENE (P.) SANFALE (M.)  
Formation du Personnel Sanitaire dans le cadre de l'action Sanitaire  
en zone rurale .  
Dakar S.n. 1963 4 pages

- 31.- PENE (P.) SANKALE (M.) DIOP (B.)  
 Education Sanitaire en milieu urbain au Sénégal (Tome n°3 )  
 Lille, Taffinlefort, 1960 In 8° pp.246-267  
 (Extrait de "Revue d'hygiène et de médecine sociale" )
- 32.- PUSEL (J.M.)  
 La Coopération des Services de Santé civils et militaires dans le  
 Domaine de l'éducation sanitaire du public Strasbourg, Imp.Villeners  
 1948 In 8° 43 pages  
 (Thèse médecine, Paris 1948, n°124)
33. RAKOTOSON (A.J.)  
 Education Sanitaire et Santé Publique  
 Prospective malgache 36 pages  
 (Thèse médecine Reims 1972 n°16 )
- 34.- ROEMER (M.)  
 Evaluation des Centres de Santé 46 pages  
 O.M.S. Cahiers de Santé Publique 1973 n°46
- 35.- SANKALE (M.)  
 Médecins et Actions Sanitaires en Afrique Noire  
 Im. Laballery et Cie , Clamecy (Nièvre) 1970 436 pages
- 36.- SIDIBE (M.) 1976.  
 Approche des problèmes nutritionnels en zone rurale  
 ( Thèse: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie Bamako )
- 37.- SOUMAH (A.) 1963  
 L'Education Sanitaire face aux problèmes posés par la lutte contre  
 le paludisme en milieu rural africain.  
 ( Thèse, Conservatoire national des Arts et Metiers de Paris.
- 38.- TOURE (M.)  
 L'Education Sanitaire dans un pays en voie de développement: Le Sénégal-  
 Paris, Imp. Clairivière 1965- 69 pages  
 (Thèse médecine Bordeaux n°15C )

-----

-----

-----

## S E R M E N T

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

-----