

EDITORIAL

Des 9,4 millions d'enfants qui meurent avant ou juste après la naissance chaque année dans le monde, 98% se produisent dans les pays en voie de développement.

Au Mali, le niveau de la mortalité infanto-juvénile reste l'un des plus élevés de la sous-région. S'il est admis que certaines maladies peuvent être évitées par la vaccination, l'assainissement ou les procédés thérapeutiques simples, cependant les problèmes de survie demeurent toujours. C'est pour inverser cette tendance que Mopti, la Venise malienne a abrité les premières journées scientifiques de la région centrées sur la survie de l'enfant. En toile de fonds de cette importante rencontre : mieux apprécier les problèmes de survie de l'enfant dans les districts sanitaires afin d'y apporter un appui technique pour l'amélioration de la recherche et des actions menées dans ce domaine.

L'allaitement exclusif on le sait, constitue un puissant facteur de lutte contre la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles. Toutefois, le bénéfice de l'allaitement exclusif reste largement handicapé par la prévalence du VIH qui est aujourd'hui une réalité. La question d'allaiter ou non son bébé en cas de VIH est loin de faire l'unanimité. Il est permis aux uns et aux autres de faire un choix éclairé.

Si le bénéfice de l'allaitement exclusif est quelque part handicapé par l'existence du VIH, il est indéniable que le lait maternel est l'aliment qui correspond parfaitement aux besoins de croissance de l'enfant au cours de la première année, car il apporte tous les nutriments nécessaires à son développement optimal sous la forme la plus digeste, la plus facilement assimilable. Puisqu'il en est ainsi, alors se pose la question de savoir quelle stratégie pour la promotion de l'allaitement exclusif au Mali ?

Au nombre des facteurs qui entravent la promotion de l'allaitement exclusif, figurent ceux liés au personnel socio-sanitaire. Justement le CREDOS peut et doit jouer un rôle dans la stratégie de formation du personnel socio-sanitaire à travers notamment la confection et la mise à la disposition de l'ensemble

des intervenants d'un manuel simplifié qui servira de support d'apprentissage.

Le paludisme, problème de santé publique, représente une des causes de décès des enfants de 0 – 4 ans et 33% des motifs de consultations. Face à l'ampleur de la pandémie, les Chefs d'Etats africains réunis à Abuja au Nigeria, ont instauré le 25 Avril de chaque année Journée Africaine de lutte contre le paludisme. Dans la même foulée, les ONG maliennes avec à leur tête le Groupe Pivot/Santé Population ont emboîté le pas récemment à travers l'organisation d'un atelier dont le thème portait sur le renforcement de la lutte contre le paludisme : Rôle des ONG. Ces actions concertées des ONG intervenant dans le domaine ont permis de redéfinir les stratégies de lutte contre le fléau qui ne cesse de faire des ravages à l'échelle mondiale.

Un des rôles du CREDOS est d'alerter les autorités sur des questions spécifiques liées aux maladies génétiques, métaboliques, héréditaires et aux infirmités motrices cérébrales. Dans ce cadre le CREDOS a mené au niveau du District de Bamako une enquête CAP auprès des prestataires des centres de santé et des ménages pour évaluer leurs connaissances sur la prise en charge de la drépanocytose.

Cette pathologie chronique qu'est la drépanocytose ne bénéficie pas d'une réflexion suffisante quant aux possibilités d'amélioration de la prise en charge préventive et curative. D'où la nécessité d'investiguer davantage sur cette maladie assez répandue pour assurer une meilleure prise en charge dans les centres de santé et au niveau des familles.

***1ères JOURNEES SCIENTIFIQUES DE MOPTI :
EN TOILE DE FONDS LA SURVIE DE L'ENFANT.***

Chaque année huit enfants de moins d'un an meurent dans le monde parce qu'ils ne reçoivent pas les soins médicaux adéquats. La lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile constitue une étape essentielle dans la vie de la population d'un pays. Des

9,4 millions d'enfants qui meurent avant ou juste après la naissance chaque année, 98% se produisent dans les pays en voie de développement. Le taux de mortalité néonatale dans ces pays est estimé à 39% naissances vivantes. Ce taux est six fois plus élevé que celui retrouvé dans les pays développés : 7% naissances vivantes.

Au Mali, le niveau de la mortalité infanto-juvénile reste l'un des plus élevés de la sous-région. Comme dans les autres pays en voie de développement, au Mali 70% des décès d'enfants de 0-4 ans sont imputables à cinq maladies pouvant être prévenues ou contrôlées par la vaccination, l'assainissement ou des procédés thérapeutiques simples. Il s'agit du paludisme, de la rougeole, des diarrhées, des infections respiratoires aiguës et de la malnutrition.

C'est justement pour tenter de trouver des solutions aux problèmes de survie de l'enfant Malien que Mopti, la Venise Malienne a abrité du 8 au 10 Mai 2003 au Motel de Sévaré les premières journées de la santé de la région avec comme thème central, „ Survie de l'Enfant.,, Organisé conjointement par les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins, des Pharmaciens et de la Jeune Amicale des Médecins et Pharmaciens de Mopti, l'atelier a regroupé des invités venus des cercles de la région de Mopti, de la région de Sikasso et du District de Bamako.

Le CREDOS était représenté par le Dr. Hamadoun Sangho, Chef du Département Recherche et son équipe.

L'ouverture officielle de cette 1^{ère} rencontre scientifique s'est déroulée en présence du Haut commissaire de la région Bassidi Coulibaly.

Si les deux premiers jours de l'atelier ont été consacrés en grande partie à des exposés sur la déontologie médicale et la loi hospitalière, le 3^e jour par contre était plutôt axé sur les communications scientifiques. De la Santé publique à la pédiatrie en passant par la chirurgie et la nutrition, les discussions ont notamment porté sur des thèmes comme :

- Prévalence de la malnutrition au service de pédiatrie de l'hôpital Régional de Mopti ;

- Evaluation de l'état nutritionnel des enfants malnutris après supplémentation avec farines enrichies ;
- Expérience de la pédiatrie de l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako dans la prise en charge des enfants porteurs du VIH/Sida ;
- Contrat de performance GAVI : 2 années de mise en œuvre, expérience de la région de Mopti etc...

Concernant ce dernier point, quelques contraintes majeures entravent sa bonne mise en œuvre. Il s'agit des ruptures de stocks, du manque souvent de petits matériels, du taux de déperdition élevé et enfin du retard dans la transmission des données.

Au terme des travaux de l'atelier, certaines recommandations ont été formulées au nombre desquelles on retiendra :

- ✓ La création d'une unité de nutrition au sein de la commune de Mopti de préférence dans une structure médicalisée ;
- ✓ Le renforcement des acquis dans le cadre des échanges entre professionnels de santé ;
- ✓ L'implication des médecins dans la déclaration des maladies professionnelles dans le but d'une révision de la liste de celles-ci ;
- ✓ Enfin la pérennisation de ces journées.

Comme pour joindre l'utile à l'agréable c'est par une soirée Gala à l'espace culturel DOLCE Vita de Sévaré que les activités des 1ères Journées Scientifiques de Mopti ont pris fin.

La participation du CREDOS à ces Journées Scientifiques est très importante car elle permet de mieux apprécier les problèmes de survie de l'enfant dans les districts sanitaires, et aussi d'apporter un appui technique pour l'amélioration de la recherche et des actions menées dans ce domaine.

FAUT-IL Allaiter ou non en cas de VIH?

Dès 1985, l'Australien Ziegler a été le premier à décrire la transmission du VIH I par le lait maternel. Depuis, diverses études ont décrit de nouveaux

cas. Van de Perre et al. ont présenté les données les plus convaincantes d'une transmission du VIH I par l'allaitement au sein. Selon les études actuelles, la probabilité de transmission est d'environ 14% (IBFAN).

Certaines études réalisées situent ce risque additionnel autour de 15% et les plus récentes ont même montré que, dans une forte proportion, cette transmission est tardive, au delà de l'âge de 3-6 mois.

Le VIH se transmet le plus souvent par l'allaitement maternel dans les cas suivants :

- lorsque les mères sont infectées durant la lactation (le niveau de virémie est élevé et les anticorps ne sont pas encore produits) ;
- et lorsque les mères allaitantes déjà séropositives se mettent à contracter des maladies liées au sida.

Les personnes dont la séroconversion est récente et celles dont la maladie a atteint un stade avancé présentent des niveaux élevés de VIH I dans le sang et ces titres peuvent être élevés dans d'autres liquides corporels y compris le lait. Aussi, de telles femmes sont davantage susceptibles de transmettre le VIH I par l'allaitement que celles qui ont une infection asymptomatique, acquise avant la grossesse.

En 1999, d'après le Réseau international des groupes d'action pour

l'alimentation infantile (AGPAI) dans son cours régional sur la mise en œuvre du code international à Libreville au Gabon, la majorité des enfants de mères séropositives, nourris au sein, ne sont pas infectés. Si le VIH I est présent dans le lait d'un pourcentage élevé de femmes séropositives, des facteurs diminuant le risque de transmission par l'allaitement doivent exister dans le lait ou chez le nourrisson. Des infections infantiles courantes de la voie digestive pourraient altérer l'intégrité des muqueuses orales et intestinales, et faciliter ainsi la transmission de l'infection par le VIH I.

Au Mali, le fait d'allaiter au sein son bébé pour une mère séropositive est loin de faire l'unanimité entre le Ministère de la Santé à travers le PNLIS (Programme National de Lutte contre le Sida) et certains organismes des Nations Unies comme (OMS et UNICEF) .

Dans le cadre du programme Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) démarré au Mali en 2002, la directive concernant la PTME et la TME par le lait maternel est l'alimentation artificielle stricte pour tous les nouveau-nés de mères séropositives. Les enfants de mère VIH positive qui ont échappé à la transmission périnatale présentent un risque de contamination moindre s'ils ne sont pas allaités.

Selon l'OMS, le risque de décès des nouveau-nés de mères séropositives augmente en l'absence d'allaitement maternel s'ils n'ont pas accès à des substituts du lait maternel nutritionnellement suffisants et préparés dans de bonnes conditions.

C'est pourquoi la déclaration de consensus de l'OMS/UNICEF sur l'allaitement maternel et la transmission du SIDA en 1992 préconisait : « là où les maladies contagieuses et la malnutrition constituent les principales causes de mortalité infantile, les bébés non allaités au sein courent tout particulièrement le risque d'en mourir. Dans ces situations, il faudrait conseiller aux femmes enceintes d'allaiter leurs bébés au sein, y compris celles que l'on sait être porteuses de sida, parce que leur bébé court probablement moins le risque d'attraper le sida en buvant du lait maternel,

que de mourir d'autres causes s'il en est privé. Toutefois certaines femmes ayant la possibilité de choisir une alimentation alternative voudraient peut être savoir si elles ont le sida pour pouvoir prendre leurs décisions. Lorsque les maladies contagieuses ne sont pas les principales causes de mortalité infantile, il faudrait conseiller aux femmes enceintes que l'on sait être atteintes de sida, de ne pas allaiter au sein, mais d'utiliser une alimentation alternative sûre pour leurs bébés».

Face à cette divergence d'opinion entre le programme PTME et l'OMS, le risque théorique lié à l'allaitement maternel doit être mis en balance avec les avantages que présente ce mode d'allaitement. Les parents doivent être conseillés et informés afin qu'ils puissent au besoin prendre une décision éclairée et responsable quant au mode d'alimentation de leur enfant. L'allaitement partiel est reconnu être la pire des options de la mère séropositive.

La décision d'allaiter ou pas doit tenir compte des éléments suivants :

- La durée de l'allaitement maternel ;
- L'état clinique de l'enfant ;
- La disponibilité ou pas de substituts du lait maternel abordables avec possibilité de les préparer en toute sécurité ;
- L'impact sur la santé maternelle.

Le ministère de la santé devrait envisager l'élaboration d'une politique nationale en matière d'allaitement des enfants nés de mères séropositives en

concertation avec les partenaires (OMS, UNICEF) pour le plus grand bien de nos populations.

Quelle stratégie pour la promotion de l'allaitement exclusif au Mali ?

L'allaitement au sein est le mode d'alimentation le plus physiologique et le mieux adapté au nouveau-né. Toutes les études confirment la supériorité du lait maternel sur toute autre forme d'alimentation du nouveau-né et du nourrisson. Cette supériorité est liée à la qualité du lait maternel dont les avantages sont multiples. C'est un aliment qui correspond parfaitement aux besoins de croissance de l'enfant au cours de la première année en apportant tous les nutriments nécessaires à son développement optimal sous la forme la plus digeste, la plus facilement assimilable. En plus des avantages nutritionnels, le lait maternel protège contre l'infection. Il permet de faire des économies à la famille et au pays sans compter la création de liens affectifs entre la mère et l'enfant.

Pour que l'enfant bénéficie de tous les avantages liés à l'allaitement pendant les six premiers mois, il faut pratiquer un allaitement exclusif, c'est à dire qu'il ne doit consommer rien d'autre que du lait maternel. C'est pourquoi l'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient nourris uniquement au sein jusqu'à 6 mois. Au Mali, malgré une prévalence de l'allaitement maternel très élevée, cette recommandation est peu suivie. Selon EDS II, seuls 12 % des enfants de 0-3 mois sont nourris selon les recommandations de l'OMS ; 66% reçoivent de l'eau en plus du lait et 22% d'autres types de liquides ou d'aliments en plus du sein. De 0-1 mois, 62% des enfants reçoivent de l'eau en plus du lait, 20% des compléments au lait maternel. Ces proportions passent respectivement à 70% et 23% dès l'âge de 2-3 mois et seulement 7% de ce groupe d'âge sont allaités uniquement au sein. En 2001, EDS III a trouvé que 25 % des enfants de 0-5mois étaient nourris exclusivement au sein. A 0-1 mois, ce taux est de 36,6% puisque 55% reçoivent de l'eau en plus du lait maternel, 6% d'autres types de liquides, et 3% reçoivent déjà des aliments de complément.

Au Mali, la pratique de l'allaitement exclusif est donc très peu courante. Le bénéfice que l'on peut en tirer est largement handicapé par :

1- les barrières culturelles : Elles empêchent la promotion de l'allaitement exclusif. En effet les croyances contribuent pour 63% dans les raisons d'administration de liquides autres que le lait maternel au nouveau-né le jour de la naissance dans une étude que Dado a réalisée dans le district de Bamako. Pour la croyance populaire il existe un voile qui ferme l'orifice oesophagien du nouveau-né. Selon les ethnies, un liquide ou un aliment est utilisé pour perforer ce voile afin que l'enfant puisse être normalement alimenté. C'est seulement après ce rituel que le sein est donné à l'enfant.

2- les nombreuses pratiques traditionnelles : Le colostrum est considéré comme du lait sale par certaines populations et donc délibérément rejeté. Cela montre en réalité que les nombreux avantages du colostrum sont méconnus et des mères et des grands-mères qui sont leurs conseillères.

Les liquides introduits sont de nature différente et vont du lait artificiel, du beurre de karité, de vache ou de chèvre, du thé lipton, de l'eau de datte, de l'eau du bain, d'une infusion ou d'une décoction de plante médicinale, d'un jus de fruit (citron ou orange), du lait de chèvre, du miel, au quinquéliba. L'eau est soit l'eau simple tiède, l'eau chaude, l'eau sucrée ou le sérum glucosé.

Remontant à plusieurs générations les raisons données par les femmes âgées par rapport à l'administration des liquides sont diverses. Ils sont plus souvent considérés comme des médicaments que comme des aliments. L'administration des liquides se fait plus avec la main dans le cadre de la pratique du gavage avec l'eau du bain ou les infusions de plante médicinale.

Ces pratiques d'introduction précoce de liquides et autres aliments au détriment de l'allaitement exclusif ont des implications particulièrement importantes sur l'état de santé (diarrhée) et l'état nutritionnel des enfants (réduction de la production de lait) avec une augmentation de la mortalité infantile.

A côté de ces pratiques néfastes, il existe dans nos traditions d'autres qui au contraire favorisent l'allaitement exclusif. En effet traditionnellement le nouveau-né est gardé par sa mère. Et dans beaucoup de milieux au Mali les mères sont déchargées des corvées ménagères pendant les 40 jours qui suivent l'accouchement pour leur permettre de s'occuper pleinement de

leur bébé.

Une politique de promotion d'allaitement exclusif doit cibler ces personnes qui entourent l'accouchée pour que les bonnes pratiques soient diffusées avant, pendant et après l'accouchement.

3- les facteurs liés au personnel socio-sanitaire : Ils sont peu formés en gestion de la lactation et il existe un manque d'information puisque selon une étude 87,5% des agents ne connaissent aucune des dix conditions de succès de l'allaitement. Sur 1094 femmes interrogées Dado trouve que seules 24,6% des mères ont déclaré avoir reçu des conseils sur l'allaitement au moment de leur accouchement alors que 94,8% d'entre elles ont accouché dans un CSCOM, dans une clinique ou à l'hôpital. Le passage des mères dans les centres de santé n'est pas suffisamment mis à profit pour favoriser un changement de comportement significatif.

4- le niveau de scolarisation de la mère : Si l'influence du niveau intellectuel de la mère sur l'allaitement exclusif a été démontrée dans certains pays comme le Nigeria et le Maroc, l'enquête de Bamako réalisée par Dado n'a pas trouvé de lien significatif. Au Mali, le taux faible de scolarisation en général, et celui des filles en particulier, constituerait un handicap à la promotion de l'allaitement exclusif.

5- la sensibilisation de la communauté : les mères ne sont pas suffisamment informées sur les avantages de l'allaitement exclusif et les bonnes pratiques alimentaires de complément. La faiblesse du niveau de sensibilisation des populations contribue au faible taux d'utilisation de l'allaitement exclusif au Mali.

Parmi les autres facteurs on trouve la motivation personnelle (21,4%), les contraintes sociales (8,5%). Les autres raisons(7,1%) sont : absence de montée laiteuse, le lait maternel dessèche la gorge, la soif, la chaleur, le traitement des maux de ventre, la protection contre les esprits maléfiques.

L'analyse des différents facteurs qui entravent la promotion de l'allaitement exclusif permet de dégager un certain nombre de stratégies :

- La scolarisation des filles rendra les futures mères plus réceptives au message ;
- Les campagnes de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) pour lutter contre les pratiques traditionnelles néfastes et les barrières

culturelles ;

- La formation du personnel socio-sanitaire en gestion de la lactation.

Le CREDOS peut et doit jouer un rôle dans la stratégie de formation du personnel. En effet, on constate qu'il y a eu très peu d'agents formés depuis 1996, date à laquelle la formation a démarré. Les raisons sont multiples. Le public visé par cette formation sera prioritairement constitué des agents des CSCOM et des relais communautaires. Il sera fait appel à de nouvelles approches de formation continue permettant l'auto apprentissage avec une évaluation au cours des supervisions. Un manuel simplifié sur l'allaitement exclusif permettant l'auto apprentissage servira de support d'apprentissage. La nouvelle approche sera testée et évaluée avant d'envisager son extension à d'autres districts sanitaires.

Moustiquaire imprégnée : la solution appropriée pour faire reculer le paludisme.

Environ un million de personnes meurent chaque année de paludisme dans le monde, la plupart sont des enfants. Près de 500 millions de personnes souffrent d'une crise de paludisme tous les ans. Le paludisme a ralenti de 1,3% par an la croissance économique dans les pays africains.

Conséquence de l'effet cumulatif sur trente-cinq ans, le produit intérieur brut des pays africains est aujourd'hui inférieur de 32% à ce qu'il aurait été sans le paludisme.

Durant ces 35 dernières années, plus de 30% des cas d'absentéisme dans les écoles en Afrique sont dues au paludisme et en moyenne un

travailleur perd 10 à 20 jours de productivité par an. En terme de coût le paludisme coûte plus de 12 milliards de dollars par an à l'Afrique et pourrait être contrôlé pour une petite fraction de ce montant.

Ces chiffres sont éloquentes et parlent d'eux-mêmes. Ils sont malheureusement le reflet de la réalité de la plupart des pays d'Afrique tropicale.

Au Mali, environ 50 000 décès par an sont directement liés au paludisme. Maladie endémique, le paludisme représente 33% des motifs de consultations médicales quelle que soit la tranche d'âge. Mieux, plus de 72,7% de la population vivant en zone rurale est soumise à un risque permanent d'infection. Cette maladie est la 1^{ère} cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans et fait pas moins de victimes auprès des femmes enceintes.

Face aux multiples ravages causés par le parasite du paludisme l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque Mondiale ont créé un partenariat qui a lancé l'initiative appelée « Roll Back Malaria » autrement dit « Faire reculer le paludisme » en 1998.

Deux ans plus tard, cette volonté de vaincre le paludisme a été réaffirmé au plus haut niveau. Ainsi, le 25 avril 2000, 44 chefs d'Etats africains réunis à Abuja au Nigeria se sont engagés à réduire de moitié les cas de paludisme dans leurs pays respectifs d'ici l'an 2010. Dès lors la lutte contre le paludisme n'est plus devenue un simple slogan. Car chaque année dans les pays ayant ratifié la déclaration d'Abuja, la journée africaine de lutte contre le paludisme est célébrée.

Au Mali, le thème retenu pour cette 3^e édition est : « Les moustiquaires imprégnées et le traitement efficace du paludisme pour les femmes enceintes et les jeunes enfants d'ici 2005 ». Le slogan qui l'accompagne est : « Faire reculer le paludisme, protégeons les femmes et les enfants ». Pour donner un éclat particulier à cet événement, c'est une voix autorisée qui a procédé au lancement de cette journée. Il s'agit de Mme Touré Lobo Traoré, Sage-femme de

son état, épouse du Président de la République et Présidente de la Fondation pour l'enfance. La cérémonie de lancement s'est déroulée dans la salle Jeli Baba Sissoko du Palais des Congrès de Bamako. Elle a réuni en plus de la marraine, l'épouse du Premier Ministre Ahmed Mohamed Ag Hamani, les membres du gouvernement, les présidents des Institutions de la République, les représentants des organismes de coopération bilatérale et multilatérale et ceux des associations et ONG de lutte contre le paludisme et une foule nombreuse.

Dans son message à cette occasion, la première dame du pays a estimé, je cite : « Cette entreprise de promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, doit se dérouler concomitamment, avec une dynamique opération de sensibilisation, sur les vertus de l'hygiène, qui était pourtant, fortement ancrée dans nos us et coutumes » fin de citation.

Pour dire que ces valeurs d'antan doivent redevenir une pratique courante de chaque habitant de la cité. Car seul un environnement sain et exempt de tout moustique permet d'aménager un cadre de vie assaini et décent pour tous a conclu l'épouse du chef de l'Etat.

Lutte contre le paludisme :

Les ONG se mobilisent contre le fléau.

Le paludisme constitue aujourd'hui un réel problème de santé publique. Le continent africain à lui seul enregistre près de 90% des victimes de la maladie. Les chiffres sont parlants : un enfant africain sur cinq meurt de paludisme. A l'échelle mondiale, on enregistre au moins 1 million de décès par an.

Notre pays n'est pas en marge de cette situation avec une forte morbidité et un taux élevé de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Ce sombre tableau est corsé par la vulnérabilité des femmes enceintes victimes de décès et de maladies, telle l'anémie

maternelle. Alors quelle stratégie adopter en vue de faire reculer le paludisme ?

C'est la question à laquelle les ONG réunies en conclave avec à leur tête le Groupe Pivot/Santé Population (GP/SP) ont eu à plancher du 21 au 24 mai 2003 au palais des Congrès de Bamako à travers un atelier, dont le thème portait sur le renforcement de la lutte contre le paludisme : Rôle des ONG.

Organisé par le GP/SP en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), cet atelier intervient après celui de Mopti tenu en avril 2003 et qui avait permis de définir les stratégies de lutte antipaludique et les interventions prioritaires en matière de lutte contre le paludisme. Puisque les stratégies définies ont montré leurs limites, il faudra alors changer de fusil d'épaules. C'est pourquoi le présent atelier qui a mobilisé plus d'une cinquantaine de participants venus de l'intérieur du pays et du District s'est fixé comme objectifs de :

- Faire l'inventaire des interventions réalisées par les différentes ONG et Associations dans le cadre de la lutte antipaludique au Mali de 1999 à 2003 ;
- Clarifier de façon précise les zones, les domaines d'interventions et les nouveaux engagements des ONG/Associations pour le renforcement de la lutte antipaludique ;
- Mettre en place un mécanisme efficace de coordination des activités de lutte contre le paludisme ;
- Enfin déterminer le rôle des ONG dans les stratégies de marketing des moustiquaires imprégnées.

Puisque le combat contre le fléau ne peut être gagné sans la synergie des interventions c'est pourquoi, durant les 4 jours de l'atelier, ont été abordés en plénière comme en travaux de groupes des thèmes comme :

- Le partenariat dans la lutte antipaludique ;
- La prise en charge communautaire ;
- La distribution à base communautaire de la chloroquine : perspectives ;
- Le rôle des ONG dans la stratégie de diffusion des moustiquaires imprégnées (MI) ;
- Le marketing social des MI ;

- L'hygiène, l'assainissement et l'urbanisme.

Comme les ONG jouent un rôle capital dans la prise en charge au niveau communautaire, l'atelier a dégagé des pistes pour une meilleure coordination des actions. Il s'agit de :

- ✓ Procéder au niveau communautaire à des séances de sensibilisation de la population pour un changement de comportement ;
- ✓ Former les relais communautaires et mettre à leur disposition des médicaments tels : (la chloroquine et le paracétamol) et les pourvoyeurs de soins (mères, grands-mères, belles-mères et tradithérapeutes) ;
- ✓ Mettre en place et gérer les caisses pharmaceutiques
- ✓ Assurer un suivi rigoureux des activités sus-citées à travers l'élaboration de rapports d'activités qui seront transmis au chef de village ou au CSCOM etc....

Au terme de cet atelier, les stratégies d'intervention à adopter dans la lutte antipaludique et le rôle des ONG ont été redéfinis. Il a par ailleurs été souhaité que la mise en pratique des recommandations fasse l'objet d'un suivi par le comité d'organisation. Les expériences capitalisées ont été partagées lors de l'atelier régional pour l'Afrique Francophone tenu au Palais des Congrès de Bamako du 23 au 27 juin 2003.

Améliorer la prise en charge de la drépanocytose au Mali.

La drépanocytose est une maladie du sang due à la malformation des globules rouges qui provoquent des douleurs en cas d'obstruction de petits vaisseaux sanguins.

Scientifiquement parlant, la drépanocytose est une affection génotypique, due à une mutation ponctuelle au niveau de Codon N°6 du gène B de la globine ayant pour conséquence la synthèse d'une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S.

Problème de santé publique, la maladie concerne à l'heure actuelle des millions de familles dans plusieurs dizaines de pays du monde. Les études confirment qu'elle est très répandue chez

les peuples noirs. Car on trouve 5 à 20% de porteurs de la maladie en Afrique de l'Ouest et jusqu'à 40% chez certaines ethnies d'Afrique centrale (Congo, Zaïre, Nigeria)

De nombreuses terminologies sont utilisées pour désigner la drépanocytose. La plus utilisée chez nous au Mali est généralement « Koloci ». Mais dans ce mot il existe de multitudes contenus sémantiques pouvant entraîner des incompréhensions tant sur le diagnostic de la maladie que le suivi des traitements.

Au Mali, la prévalence est estimée à 12%. Pour la forme homozygote, le taux oscille entre 1 et 3%. Et dans 77,5% des cas, la maladie se manifeste avant 12 mois. Une étude a confirmé que les mariages consanguins sont responsables à 41,3% de la drépanocytose. Pourtant cette maladie qui est connue et bien documentée sur le plan scientifique pose problème quant à la prise en charge. D'abord au niveau des agents de Santé, la maladie semble méconnue par les prestataires puisque 52,5% des malades ont été dépistés entre 1-5 ans . Ensuite au niveau des parents certaines études ont confirmé la méconnaissance même de la maladie et les facteurs déclenchant les crises.

Cette pathologie chronique qu'est la drépanocytose ne bénéficie pas d'une réflexion suffisante quant aux possibilités d'amélioration de la prise en charge préventive et curative. L'évaluation rigoureuse de l'impact des activités mises en œuvre en faveur des enfants drépanocytaires au Mali demeure limitée.

Face à cette situation, le CREDOS, structure de recherche en matière de survie de l'enfant, a décidé de susciter et de coordonner une réflexion approfondie pour améliorer la prise en charge préventive et curative de la drépanocytose au Mali. C'est ce qui a conduit à la réalisation d'une enquête CAP auprès des prestataires des centres de Santé et des ménages sur la prise en charge de l'enfant drépanocytaire au Mali. L'étude qui s'est déroulée d'octobre en novembre 2002 dans le district de Bamako était transversale et a concerné au total 200 agents de santé et 360 ménages. L'enquête était basée sur l'autopsie verbale pour évaluer le niveau de connaissance des

agents de santé prenant en charge de façon régulière les enfants malades au niveau des CSCOM ou des CS.Réf . De façon spécifique il s'agissait au cours de cette enquête de :

-Evaluer les connaissances des prestataires de santé et des parents sur l'origine de la drépanocytose ;

-Recenser les différentes manifestations cliniques et les complications connues par les prestataires de santé et les parents ;

-Identifier les conseils de prévention prodigués aux parents des enfants drépanocytaires par les prestataires de santé.

Les résultats obtenus au cours de cette enquête feront l'objet d'une publication lors d'un atelier que le CREDOS se propose d'organiser dans un bref délai. Cela en vue de définir les domaines nécessitant l'élaboration des messages à l'intention des agents et des familles.