

EDITORIAL

C'est en 1987, que la communauté internationale a lancé l'initiative pour la maternité sans risque. Cette initiative visait à réduire le nombre trop élevé de décès de femmes et de nourrissons pour cause de complications pendant la grossesse, au cours du travail et après accouchement. Le Forum « vision 2010 » lancé en 2001 à Bamako par les Premières Dames d'Afrique de l'Ouest et du Centre avait pour objectifs justement de réduire la mortalité maternelle et néonatale de 50% et la morbidité maternelle et néonatale de 1/3 d'ici à 2010. Il était normal, que les initiateurs dudit Forum fassent le point de la mise en œuvre des recommandations lors d'un atelier tenu à Bamako du 29 septembre au 3 octobre 2003 et au cours duquel chaque pays a élaboré un plan d'opération pour 2004-2005.

Vu que la majorité de ces décès se produisent dans les communautés en l'absence de toute assistance et de tout système de soins de santé, il faut penser à un système qui puisse servir de lien entre la famille dans la communauté et le centre de 1^{er} niveau. Quel rôle peuvent jouer les accoucheuses traditionnelles dans un tel système pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ? Cela reste un débat qui n'est pas encore clos.

La scolarisation des filles est une stratégie efficace pour l'atteinte des objectifs du millénaire. Aussi toutes les initiatives sont les bienvenues pour augmenter le taux de scolarisation des filles. Les expériences entreprises par l'UNICEF dans notre pays sont rapportées.

L'allaitement maternel dont les avantages sont multiples contribue à la réduction de la mortalité néonatale. Nous abordons un des aspects que sont les avantages psychoaffectifs.

Dans le cadre de sa mission de prestations spécialisées le CREDOS a participé au 2^e Congrès International du réseau Francophone de Lutte contre la Drépanocytose qui s'est tenu du 20 au 23 janvier 2004 à Cotonou. L'appel lancé par les femmes francophones à l'UNESCO à Paris sous l'égide de Mme Wade a permis de faire sortir de l'ombre cette pathologie fréquente dans nos contrées mais occultée jusqu'à présent par les maladies infectieuses et la malnutrition. Il a été aussi l'occasion de faire le point sur les progrès récents réalisés en la matière.

Et puis conformément à sa mission d'évaluation et de suivi des activités menées en matière de survie de l'enfant, le CREDOS avec l'appui financier de l'UNICEF a mené une étude dans trois cercles couverts par la SASDE (Kolokani, Niono, Koro) pour apprécier la prise en charge des enfants en matière de nutrition. Ce numéro vous rend compte du déroulement de l'enquête en attendant que les résultats ne vous soient livrés prochainement.

Pr Toumani Sidibé

Promotion de l'allaitement exclusif :

Le sein, premier objet de plaisir pour l'enfant.

Une des tâches assignées au CREDOS conformément aux textes qui le créent est de promouvoir toute activité qui concoure à la survie et au bien – être de l'enfant âgé de 0-5 ans. Puisqu'il a été démontré qu'en matière de survie de l'enfant le lait maternel occupe une place de choix, alors toute l'attention doit être dans ce cas portée vers des actions qui favorisent sa promotion. Cette promotion passe par la connaissance des avantages de l'allaitement exclusif. Et nul n'ignore que l'allaitement établit des liens affectifs très forts entre la mère et le bébé, liens profitables à l'épanouissement de chacun d'eux.

L'allaitement au sein est psychologiquement bon aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Le contact qu'il crée facilite l'instauration d'une relation privilégiée d'amour et d'attachement entre la mère et l'enfant.

D'une manière générale, la vie du nouveau-né est rythmée par l'alternance entre le sommeil et les opérations nutritives. Le premier objet de plaisir pour lui est le sein maternel. Lequel constitue une source de stimulation qui l'amène à faire ses premières reconnaissances. C'est le début des premières relations objectales lorsque l'enfant fait la relation entre le plaisir de sucer et la présence de sa mère.

Les premiers liens mère-bébé sont principalement fondés sur la réussite des échanges alimentaires. Dès les premières heures de vie, la mère se sent reconnue par son enfant qui se dirige naturellement vers son sein pour y trouver réponse à ses tensions physiques induites par la faim, le froid, le vide tactile. Si la mère répond au besoin nutritionnel de son enfant, l'enfant, en se faisant nourrir, lui apporte également une compensation de la sensation de vide maternel, secondaire à l'accouchement qui fait suite à un long moment de « remplissage » de la mère par son enfant. C'est pourquoi, dans l'alimentation, la quantité d'aliments est aussi importante que la manière qu'emploie la mère pour faire téter son enfant.

Ainsi, les bras, le buste, le visage de la mère qui allaite limitent de toute part l'horizon du bébé et forment une niche où se conservent la chaleur et l'odeur de la mère. Cette étroitesse de la relation mère-enfant favorise les échanges dans une dynamique que les pédopsychiatres appellent « ***spirale transactionnelle*** ».

En somme lorsque la mère nourrit l'enfant, celui-ci est dans une situation idéale pour la formation des liens sociaux et émotionnels. Des études ont confirmé que dès l'âge de 6 à 8 semaines, les systèmes moteurs et visuels de l'enfant sont suffisamment développés pour lui permettre de fixer les yeux de l'adulte. Dans cette situation, la mère sent le regard de l'enfant sur elle. Ces échanges oculaires vont jouer un rôle prépondérant dans le développement de l'attachement mère-enfant.

Les vertus de l'allaitement exclusif sont multiples. D'autres études ont montré qu'à long terme les enfants nourris au sein avaient, en moyenne, un quotient intellectuel de 5 à 10 points supérieur à celui des enfants qui n'en avaient pas bénéficié. Cela a été confirmé par ANDERSON et al en 1999.

En définitive, l'enfant a besoin de sa mère pour se nourrir. Les expressions naturellement employées par les mères du type : « il est mignon à croquer » et certains gestes tels que mordiller les pieds ou les mains de leur nouveau-né parlent d'eux-mêmes puisqu'ils traduisent les liens de tendresse et d'amour qui les unissent. Les concepts psychanalytiques ont donné une valeur majeure à ces échanges corps à corps dans la constitution de l'attachement et, de ce fait, dans la constitution psychique des enfants.

« VISION 2010 »

Bamako fait le point de la mise en œuvre des recommandations.

C'est en 1987, que la communauté internationale a lancé l'initiative pour la maternité sans risque qui visait à réduire le nombre trop élevé de décès de femmes et de nourrissons, pour cause de

complications pendant la grossesse, au cours du travail et après l'accouchement.

D'une manière générale, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer. Selon certaines estimations, près de 600000 femmes meurent chaque année à travers le monde suite à ces complications. Environ 20% (soit 120000) des décès maternels se produisent en Afrique de l'Ouest et du Centre tandis que moins d'un pour cent se produit dans les pays développés.

Et chaque minute quelque part dans le monde 7 bébés meurent au cours de la première semaine de leur vie ; 10 au cours de leur premier mois et 10 naissent morts nés. En effet, des études récentes montrent que près de deux tiers de tous les décès infantiles en Afrique surviennent pendant la période néonatale, c'est-à-dire pendant le premier mois de la vie. Quatre vingt cinq pour cent de tous les décès néonataux sont dus à l'asphyxie, au traumatisme pendant l'accouchement, au tétanos néonatal, à l'accouchement prématuré et aux infections.

Ces décès dans leur majorité pourraient être évités pour peu que la volonté existe et que les ressources et les services nécessaires pour les gérer de façon adéquate soient disponibles.

Cette situation accablante est à l'origine de la tenue du Forum « Vision 2010 » sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Au cours de ce Forum, il y'a eu la déclaration des épouses de chefs d'Etat, laquelle a été présentée à la conférence panafricaine du Caire(28-31 mai 2001) et au sommet des chefs d'Etats de l'OUA à Lusaka en Tanzanie. Après cette déclaration, il fallait faire l'état de mise en œuvre au niveau de chaque pays et les mécanismes de suivi au plan régional. C'est dans cette optique que Bamako la capitale malienne a abrité du 29 septembre au 02 octobre 2003 au Palais des Congrès, l'atelier technique de suivi du Forum,,Vision 2010,, sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le but de cette rencontre d'envergure internationale était d'examiner l'état d'avancement des recommandations et conclusions dudit

forum. Tous les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre avaient été invités à prendre part à cet atelier pour faire le point en ce qui concerne les pays initiateurs, pour mieux s'informer et s'impliquer dans cette nouvelle dynamique de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans la région.

Après l'ouverture officielle de la cérémonie par le Premier Ministre Ahmed Mohamed Ag Hamani, les travaux ont continué sous la présidence du Secrétaire général du Ministère de la Santé Mamadou Kané, qui avait à ses côtés la représentante de la Première Dame Mme Touré Lobo Traoré, les Ministres de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées.

La première partie de l'atelier a été consacrée aux présentations. Après les discussions et les échanges en plénière, des constats ont pu être dégagés sur un certain nombre d'acquis dans chacun des pays, mais aussi, sur les opportunités, les contraintes, les approches novatrices, les leçons et les perspectives à court terme. Sur le plan des réalisations, il est important de souligner la volonté politique, l'engagement des gouvernements des pays présents qui ont tous inscrit la RMMN dans les priorités en l'intégrant dans la déclaration de politique des chefs de gouvernement avec l'implication des Premières Dames dans les activités de mobilisation.

La deuxième partie de l'atelier a concerné les présentations thématiques des experts et des représentants de certains pays pour informer et échanger sur des sujets importants par leur caractère épidémiologique ou leur nécessité d'être considéré pour rendre accessibles les soins maternels et néonataux.

Cet atelier, organisé sous l'impulsion de la Première Dame du Mali, a enregistré la participation de 130 techniciens et experts venant du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, du Gabon, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Mauritanie, du Nigeria, de la RCA, du Sénégal, du Togo, du Cap-Vert, de la Cote d'Ivoire, du Niger, de la RDC, du Mali, des partenaires nationaux et internationaux. A l'issue des travaux, les participants ont adopté une série de recommandations. Les principales d'entre elles ont trait à l'installation d'un Comité National de Suivi de « Vision 2010 » dans

chaque pays et à la création d'un Comité Régional de Suivi. Ils ont aussi demandé aux Chefs d'Etat et de Gouvernement et à l'Union Africaine de retenir dans le calendrier, la Fête des mères pour célébrer la Journée Africaine de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Les autres recommandations étaient relatives au plaidoyer des Chefs d'Etat et de Gouvernement auprès des organisations Régionales (Union Africaine, CEDEAO, CEMAC) et Internationales pour leur implication dans le processus, la mise en place d'une couverture progressive et effective en soins obstétricaux d'urgence, l'élaboration de programmes de communication sur la mortalité maternelle et néonatale adaptés à chaque pays. Enfin Ils ont souhaité que 15% du budget national soient consacrés à lutter contre la mortalité maternelle et néonatale.

Les accoucheuses traditionnelles ont-elles encore un rôle à jouer dans la réduction de la mortalité néonatale au Mali ?

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. La mortalité des nouveau-nés cause un véritable drame dans ces pays. Sur les huit millions d'enfants qui meurent avant leur premier anniversaire chaque année, quatre millions de ces décès se passent dans les quatre premières semaines de la vie dont les deux tiers dans la première semaine. Le taux de mortalité néonatale estimé dans les pays en voie de développement 39 pour mille naissances vivantes est six fois plus élevé que celui retrouvé dans les pays développés où on a 7 pour mille naissances vivantes. Au Mali le taux de mortalité néonatale est passée de 60 pour mille en 1995 (EDS II) à 56 pour mille en 2001 (EDSIII). Selon EDSII, il est plus élevé en zone rurale 74,5 pour mille contre 50 pour mille en zone urbaine. Le taux de mortalité néonatale est très élevé dans les villages ruraux où il n'existe pas de système formel de santé.

De nombreux facteurs sont en cause pour expliquer cette situation : les facteurs socioculturels, les facteurs économiques, une forte prévalence des facteurs de risque (la mauvaise santé de la femme en grossesse, l'insuffisance de soins pendant le travail et

l'accouchement, le fort pourcentage des naissances prématurées), les facteurs liés au service de santé etc.

Au vu de tous ces résultats, l'on peut se poser cette question : l'organisation actuelle du système de santé du Mali est-elle adéquate pour apporter une solution à cette mortalité néonatale élevée ?

Les soins de santé de base ont été d'abord marqués par l'existence des hygiénistes secouristes, des accoucheuses traditionnelles, des animatrices de village œuvrant dans les équipes de santé villageoises. Ensuite des réformes ont contribué à faire évoluer le système de santé national tout au long des années, pour aboutir en 1990 à une nouvelle politique de santé appelée politique sectorielle de santé. L'équipe de santé de village disparaît avec l'avènement des centres de santé communautaire

(CSCOM) constituant le 1^{er} niveau. Le 2^e niveau est constitué par les centres de santé de référence (CSRef) et le 3^e niveau par les hôpitaux et centres nationaux de soins. Cette pyramide sanitaire connaît des insuffisances : l'insuffisance de l'accessibilité des populations aux services de santé de base avec un taux de couverture sanitaire de 65%, une couverture en soins prénatals de 57%, un taux d'accouchement assisté de 41%, un taux d'accouchement à domicile de 61% selon EDS III ; la qualité médiocre des soins dispensés ; la baisse de la fréquentation des services de santé ; le personnel insuffisant avec un ratio de 1 sage femme pour 21440 habitants (norme : 5000) et 1 infirmière obstétricienne pour 62163 habitants (norme : 5000).

Lorsque la pyramide sanitaire fonctionne effectivement elle relie 3 niveaux, familles et communautés, centre de santé et l'hôpital de district. Mais une bonne partie de la population ne bénéficie pas des soins fournis par les centres de santé. Cinquante à quatre vingt pourcent des enfants décèdent à domicile. Beaucoup de ces décès se produisent à la maison et dans les communautés en l'absence de toute assistance et de tout système de soins de santé. Résoudre le problème de la santé de la mère et de l'enfant constitue un véritable challenge dans un pays où le fardeau de la morbidité et de la

mortalité néonatales repose sur les communautés ayant un faible accès aux soins de santé appropriés et des ressources limitées.

Une visite effectuée en 2003 à Didiéni dans deux villages de l'aire a montré qu'au Mali l'accouchement est considéré comme une affaire de femme et que les accoucheuses traditionnelles (AT), recyclées, jouent un rôle important dans la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né au niveau des villages. L'argument en faveur de la formation est que les accoucheuses participent à presque tous les accouchements à domicile. Mais le rôle des AT a toujours suscité débats et controverses au sein de la classe sociosanitaire au Mali.

Est-ce un passage obligé avant d'atteindre une couverture adéquate avec un personnel qualifié fournissant des soins de qualité ? Quelles leçons peut-on tirer des expériences passées ? Que faut-il faire pour une politique réussie d'utilisation des AT ?

Pour apporter des éléments de réponse à ces questions et partager les visions sur le rôle des AT nous suscitons ce débat surtout quand on sait que beaucoup d'ONG et programmes les utilisent encore pour l'atteinte de leurs objectifs. Les AT peuvent jouer un rôle capital au niveau de la famille et de la communauté en comblant le vide avant que toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés accèdent aux soins professionnels de santé. Mais à condition bien sûr d'être formées pour abandonner les pratiques néfastes d'accouchement, à reconnaître les accouchements à risque et à faire la référence à temps. Les différents programmes de formation des AT qui ont été entrepris et promus au cours des deux dernières décennies au Mali et dans beaucoup de pays en développement visaient à réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. Mais cette stratégie de formation des AT bien qu'attrayante reste très controversée. Les opposants à la stratégie argumentent que la formation des AT est un gouffre retardant l'initiation d'activités ayant un grand potentiel d'impact. En outre ils estiment que la formation des AT n'est pas efficiente parce que la plupart d'entre elles ont une faible charge de travail.

Nous pensons qu'il va falloir faire une évaluation des actions menées par le passé au Mali pour se faire une opinion du rôle des AT. Le nouveau contexte avec le développement de la santé

communautaire, la nécessité de couvrir cette frange importante de la population du niveau communautaire n'ayant pas accès aux soins de qualité incite à tester une stratégie qui consistera à former mais surtout à assurer le suivi des AT en vue de réduire la mortalité néonatale. Une telle étude contribuera ainsi à prendre des décisions pour la politique de santé en clarifiant l'importance des AT dans le système de santé comme cela fut le cas dans d'autres pays.

Scolarisation : Réduire le fossé entre garçons et filles.

Depuis 1998, le Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF) accompagne le Mali dans ses efforts en faveur de l'éducation. Ici comme dans de nombreux autres pays, l'UNICEF a initié différents concepts du genre, par exemple, des contrats-mamans (qui consistent à payer des "salaires" mensuels à des mères pour compenser l'absence des enfants qu'elles enverront à l'école) ou bien le concept "école amie des enfants, amie des filles".

Ainsi, le lancement du rapport annuel 2004 de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde à la date du 11 décembre 2003 n'est pas fortuit car il consacre le 57^e anniversaire de la création de l'institution. Placée sous le thème cette année de la "Scolarisation des filles", la cérémonie officielle de lancement de ce document a eu pour cadre la salle des banquets du Palais des congrès de Bamako sous la présidence du Ministre de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille Berthé Aïssata Bengaly. C'était en présence de Frances Turner Représentante de l'UNICEF au Mali, Jocceline Bazile -Finley Coordinateur résident du système des Nations Unies, Pamela White, Directrice de l'USAID, porte-parole des partenaires techniques du système des Nations Unies au Mali, des représentants des ministères de l'Education Nationale, des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale.

Selon ce rapport, le taux de scolarisation au Mali en 2002 était de 54% pour les filles et 75% pour les garçons. Entre autres facteurs expliquant cet écart la faiblesse de l'offre éducative en matière

d'infrastructures, le manque d'enseignants, les croyances et pratiques socioculturelles défavorables à la scolarisation des filles, les mariages précoces, la division sociale du travail, la pauvreté.

Cependant, malgré une légère tendance à la hausse, la scolarisation des filles se pose toujours avec acuité. A l'échelle mondiale, il y a 9 millions de filles de plus que de garçons qui ne vont pas à l'école. Pour inverser cette tendance et faire de l'école un lieu attractif, certaines initiatives ont été entreprises comme par exemple l'initiative des "gouvernements des enfants" en phase d'expérimentation au Mali depuis octobre 2002 dans 70 écoles. Et déjà, comme dans tous les pays où elle a été adoptée, elle suscite l'enthousiasme parmi les enfants, professeurs et parents. A l'image du gouvernement d'un pays, c'est un "jeu de rôle" démocratique, qui permet aux élèves de participer directement à la gestion de leur école, à la conception de projets, bref dans leur gouvernement, les enfants sont en même temps acteurs et décideurs.

Une des révélations de cet enthousiasme au sein des écoles est Mariam Diarra, 13 ans « Premier Ministre » du Gouvernement des Enfants de Sangafara (Région de Kayes). Dans le message qu'elle a prononcé lors du lancement du Rapport sur la situation des enfants dans le monde, on s'aperçoit que le slogan "Lier l'école à la vie" est une réalité à Sangafara puisque depuis la mise en place du gouvernement des enfants dans cette localité, beaucoup de choses ont changé. Au nombre des acquis on retiendra l'assainissement de l'école par le ramassage des ordures aux alentours, l'assiduité des élèves à l'école, la fin de la divagation des animaux dans la cour de l'école etc....

Le message de Mariam Diarra très significatif a été suivi d'une projection de film sur la scolarisation des filles. Coproduit par l'ORTM et l'UNICEF, le film fait ressortir les quelques innovations à travers les projets Ecole dans la région de Kayes.

Dans leurs interventions, les différents partenaires techniques de l'école sont unanimes qu'il faut une mise en commun des efforts de tous les acteurs de l'éducation pour élever le taux de scolarisation des filles à la même hauteur que celui des garçons. Et ce, conformément aux objectifs dégagés par le Forum mondial sur l'éducation tenu à Dakar en 2000.

Malnutrition dans les zones SASDE : L'UNICEF vient à la rescousse.

Dans le cadre de la coopération Ministère de la SANTE-UNICEF trois équipes composées de chercheurs, superviseurs et d'enquêteurs ont séjourné du 10 au 22 novembre 2003 dans les cercles de Kolokani, Niono et Koro pour une mission d'étude sur la " Prise en charge des enfants en matière de nutrition dans les districts sanitaires couverts par la Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement du jeune Enfant" (SASDE) dont l'UNICEF et le gouvernement malien assurent le financement dans les régions de Koulikoro, Ségou et Mopti.

Le principal objectif de cette étude, conduite par le CREDOS, était de s'enquérir de la qualité de la prise en charge en matière de nutrition chez les enfants de 0 à 5 ans dans les zones SASDE. Cela à travers le comportement et le niveau de formation des agents, la connaissance des mères, la vérification de l'adéquation de l'équipement et du matériel nécessaires dans les centres de santé pour une prise en charge correcte. C'est dans cette optique que les trois équipes ont sillonné lesdits cercles.

Sur le terrain, après les formalités protocolaires et les échanges avec les autorités régionales, les équipes chargées de l'évaluation se sont rendues dans les centres de santé indiqués. Dans chaque cercle, chaque équipe devrait visiter huit CSCOM plus le Centre de Santé de Référence. La méthodologie utilisée a consisté d'abord à observer les agents de santé dans la prise en charge de la malnutrition, ensuite à évaluer le matériel et l'équipement existants et enfin à s'entretenir avec les mères et les prestataires de soins à l'aide d'une fiche d'entretien.

Ainsi, à Koro dans la région de Mopti, l'équipe a participé à l'observation de 63 enfants au total. Ici, la gestion des CSCOM par un aide-soignant ou une matronne de même que les barrières linguistiques ont constitué parfois de sérieux handicaps pour le bon déroulement de l'enquête.

Malgré ces problèmes, le quota par centre de santé soit 5 a été atteint excepté le cas du village de Pel.

Dans le district sanitaire de Kolokani, pour mener à bien l'enquête dans le délai imparti, l'équipe a ciblé les jours de foire des villages où se trouvent les CSCOM sélectionnés ainsi que la présence d'ICPM sur place depuis le démarrage de la SASDE. C'est ainsi que Toussana a été remplacé par Sébécoro¹ et Ségué par Nonkon.

Par ailleurs le CSCOM de Didiéni n'a pas été enquêté car l'ICPM était en déplacement. Néanmoins une équipe du CREDOS est repassée quelques jours après pour ce cas.

A chaque fois que le nombre d'enfants inclus dans l'étude n'était pas atteint, les crieurs publics ou la radio étaient sollicités pour sensibiliser les mères à amener leurs enfants en consultation.

A Niono également, de commun accord avec le médecin chef, les jours de grande affluence ont été identifiés et le programme de la visite discuté. Les ICPM ont été aussi informés des jours de l'enquête.

Si l'équipe a pu avoir 6 cas au niveau du CSCOM central, seulement 3 cas ont été identifiés au Centre de Santé de Référence. Pour obtenir le quota requis il a fallu alors le reprogrammer pour un autre jour.

De cette étude, il ressort que les difficultés rencontrées diffèrent d'une zone à une autre. Les données recueillies sur place feront l'objet d'une publication dans nos prochains numéros.

Congrès de Cotonou : La drépanocytose sort enfin de l'ombre.

La drépanocytose est l'affection génétique la plus répandue dans le monde. Cette maladie due à une anomalie de l'hémoglobine du globule rouge est un problème de santé publique qui concerne à l'heure actuelle des millions de familles dans plusieurs dizaines de pays du monde. Elle est très répandue chez les peuples noirs. Sa prévalence est estimée à 12% au Mali et 1 à 3% pour la forme homozygote. Au Togo elle est de 16% dont 3 à 5% de formes majeures. D'autres données issues des quelques études réalisées au Mali montrent que c'est une affection qui est peu connue des parents mais aussi des prestataires de soins.

Le développement remarquable des techniques biologiques a permis des progrès majeurs dans la compréhension de la drépanocytose et la prise en charge des patients. Pourtant c'est dans les pays où la drépanocytose est la plus fréquente que

ces progrès sont les moins appliqués. L'arsenal thérapeutique demeure toujours pauvre malgré les progrès réalisés dans les connaissances physiopathologiques. L'utilisation clinique de l'hydroxyurée, l'apport du doppler transcranien dans le dépistage des accidents neurologiques, l'érythraphérèse constituent des avancées. La greffe de moelle qui est le traitement curatif de la maladie est encore une thérapeutique lourde et peu abordable.

Mais pour nos pays en voie de développement, le dépistage néonatal semble être une stratégie plus abordable. Le diagnostic néonatal rendu possible permet une prise en charge précoce par une éducation de l'enfant et de sa famille, un suivi régulier avec une recherche systématique des complications. Mais la question reste posée : faut-il faire un dépistage ciblé ou un dépistage systématique ?

C'est fort de toutes ces informations que le CREDOS, dans le cadre de sa mission de prestations spécialisées, a inscrit dans son Programme Opérationnel 2002 un certain nombre d'activités sur la drépanocytose. On ne pensait pas que cette maladie, si fréquente dans nos régions, mais restée jusqu'à présent un fléau non visible car occultée par deux autres que sont les maladies infectieuses et la malnutrition sortirait de l'ombre. Mais grâce à l'appel lancé à l'UNESCO à Paris en 2003 par les femmes francophones, avec à leur tête Madame Abdoulaye Wade, première dame du Sénégal elle est sortie de l'ornière.

Le 2^e Congrès International du Réseau Francophone de lutte contre la drépanocytose qui s'est tenu du 20 au 23 janvier 2004 au Centre International des Conférences de Cotonou était la suite logique de cette mobilisation des femmes en faveur de la drépanocytose. Le congrès, placé sous la présidence du Dr Emile D. Zinsou, Président d'honneur de l'Organisation Internationale de la Francophonie était présidé à son ouverture officielle par le Ministre de la Santé du Bénin qui avait à ses cotés son homologue de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et le représentant du Pr Jean François Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées de France. Il avait comme objectifs :

- Informer sur l'état des connaissances scientifiques et médicales de la drépanocytose et les progrès dans la prise en charge des patients ;
- Discuter des problèmes spécifiques posés par la drépanocytose en Afrique ;
- Sensibiliser l'opinion publique, les décideurs politiques et les partenaires au développement à la réalité de cette pathologie sur le continent africain.

Le congrès a porté sur de nombreux thèmes parmi lesquels on peut citer : l'historique de la drépanocytose, l'épidémiologie, les manifestations cliniques, la physiopathologie, le vécu du drépanocytaire et les aspects thérapeutiques avec les progrès récents. Des séances de communications orales ont été tenues pendant trois jours sur d'autres aspects de la drépanocytose comme les aspects psychosociaux, les complications, le traitement et la prévention, le priapisme. En outre une session spéciale a été accordée à la drépanocytose et grossesse avec une revue des différents retentissements possibles.

Ont pris part à ce congrès les participants venus de trois continents et particulièrement des pays francophones, anglophones, et lusophones où sévit la maladie. Le Mali était représenté par deux pédiatres de l'Hôpital Gabriel Touré, deux hématologistes de l'hôpital du Point G, le Directeur du CREDOS sans oublier une étudiante en médecine représentant l'Association Malienne de Lutte contre la Drépanocytose(AMLUD) qui a eu à témoigner comme drépanocytaire.

La participation du CREDOS à ce congrès a permis de :

- 1)Partager l'expérience des autres participants en matière de gestion des sujets drépanocytaires et les porteurs du trait ;
- 2)Adhérer au réseau francophone de lutte contre la drépanocytose pour créer des liens entre le CREDOS et d'autres structures similaires ;
- 3)Présenter les résultats de 2 enquêtes, Connaissances Attitudes, Pratiques (CAP) des prestataires des CSCOM et des mères sur la prise en charge de l'enfant drépanocytaire réalisées dans le District de Bamako.

Au sortir de ce congrès, la nécessité s'impose désormais pour le Mali d'organiser au sein de ses services de soins des unités intégrées et fonctionnelles de prise en charge des enfants à l'hôpital Gabriel Touré et des adultes drépanocytaires au Point G, d'instituer le dépistage néonatal à titre de recherche opérationnelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré, et de former le personnel médical et paramédical à la prise en charge de la drépanocytose.