

Caseiro Silverio Patricia
Cunningham Gregory
Alcouce Eduardo

Rapport d'Immersion en Communauté

2007

Sensibilisation SIDA au Mali



<http://www.africaciel.com/blogs/synodeafricain/images/Sida.jpg>

Table des matières

Nos motivations	p.1
Le Mali	p.2
•Géographie politique du Mali	
•Conditions sociodémographiques du pays	
•Histoire et politique du Mali	p.3
•Économie du Mali	p.6
La santé du Mali	p.8
•Fonctionnement du système de santé au Mali	
•Quelques statistiques	p.10
L'ONG MEDES/SAPCOM	p.11
•Objectifs de l'ONG MEDES/SAPCOM	p.12
Le virus du SIDA	p.13
•Pathogenèse	
•Transmission	p.14
•Diagnostique et traitement	
•Données épidémiologiques	
Le SIDA au Mali	p.15
Récit de notre stage	p.17
•Notre arrivée à Bamako	
•Niakourazana	p.24
•Retour à Bamako pour Greg et Eduardo	p.29
•Pendant ce temps à Niakourazana	p.30
•Kolondiéba	p.33
Conclusion	p.40
Remerciements	p.41
En annexe pour la version CD: -émission radio à Niakourazana -émission radio à Kolondiéba	

Nos Motivations

Ce stage d'immersion en communauté, à un stade précoce de nos études, ainsi que la possibilité de le faire à l'étranger a constitué une réelle opportunité pour nous d'être confrontés à un système de santé encore inconnu, très éloigné du model suisse dans lequel nous évoluons.

Nous avons choisi l'Afrique, car c'est un continent qui nous intéresse tout particulièrement de par ses richesses culturelles diverses, mais aussi de par ses problèmes de santé globaux, comme le SIDA par exemple, véritable fléau épidémique. De plus, la plupart d'entre nous y avons vécu des expériences, toutes positives, et savions donc à quoi nous attendre.

Pourquoi le Mali ? Sans parler des motivations purement subjectives propres à chacun de nous, citons les raisons principales qui nous ont poussées vers cette destination. Parmi elles, le Mali est un pays en majorité francophone dont la situation stable est adéquate dans le cadre de la sécurité et de la communication de notre stage. Qui plus est, c'est un pays très concerné par le sida, où la médecine communautaire possède encore une forte marge de progression. Mais la raison principale demeure l'ONG MEDES-SAPCOM (médecin de l'espoir/santé pour la communauté) installée là-bas qui nous a accueilli dans ses structures et nous a permis de faire des activités concrètes en médecine communautaire dans le cadre de notre projet, celui de faire de la sensibilisation face au sida.

Le sida en Afrique est un thème qui nous tient à cœur, car nous avons été choqués de constater les chiffres statistiques bouleversants, tel que le nombre de personnes qui ne sont pas au courant que la maladie existe, ceux qui n'ont aucune idée de comment s'en protéger ou encore ceux qui ont des croyances extraordinaires voire dangereuses sur les méthodes thérapeutiques. Nous avons trouvé important de se sentir concernés par le problème et de constater sur le terrain la réalité de la situation, et surtout d'apporter une aide, même modeste.

Nous avons pensé que de vivre ces réalités serait une expérience introspective et sociale sans précédent. Nous sommes conscients que nous n'avons pas changé la situation là-bas, mais le fait d'apporter notre petite pierre, aussi petite soit elle, nous tenait à cœur.



Paysage du Pays Dogon

Le Mali

Géographie politique du Mali

Le Mali est un grand pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne couvrant une superficie de 1 241 238 km². Il est bordé au nord par l'Algérie, à l'est par le Niger et le Burkina Faso, à l'ouest par le Sénégal et Mauritanie, au sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.



Le Mali est parcouru par les deux plus grands fleuves de l'Afrique de l'Ouest : le Niger et le Sénégal. Des barrages ont été construits sur ces fleuves notamment ceux de Manantali, Selingué, Markala et d'autres petits barrages surtout au plateau dogon.

Conditions sociodémographiques du pays

Le Mali est divisé en 8 régions économiques et administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal) et le District de Bamako; 55 cercles (actuellement préfetures) ; 285 arrondissement (sous préfetures) ; 701 communes dont 37 urbaines et 664 rurales.

Les trois principales zones climatiques :

- les zones soudaniennes nord et sud avec en moyenne 1500 mm de pluie par an ;
- la zone sahélienne avec 200 à 800 mm de pluie par an ;
- la zone saharienne avec moins de 200 mm de pluie par an.

Sur le plan démographique, la population générale est estimée environ à 10 400 000 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,2%. La densité moyenne est de 8,1 habitant au km² avec de grandes disparités puisque 65% de la population occupe 25% du territoire. En 2010, la

population atteindra environ 14 718 647 habitants. Le taux de natalité est estimé à 46,1 pour mille, celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie y est de 53,8 ans.

Plus de 80% de la population vit en milieu rural. Les femmes représentent près de 52% de la population. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 22% de la population. Le taux de fécondité par femme est de 6,7 enfants. A ce taux de fécondité, les adolescents contribuent pour 14%. Les mariages précoces sont très fréquents avec pour âge médian 16 ans pour les filles et 25 ans pour les garçons. Près de 50% de la population sont âgés de moins de 15 ans.

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base reste encore avec 40,9% (année 1997-1998). Il est particulièrement plus bas chez les filles que chez les garçons avec respectivement 33,3% et 47,1%. Les enfants scolarisés de 5 à 19 ans constituent 37% de la population. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible. Il était de 26% en 1997 avec des fortes disparités d'une part entre les hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

Le Mali est un pays pauvre. Seulement 49% de la population et 50% de la population urbaine ont accès à l'eau potable. L'économie repose essentiellement sur l'agriculture l'élevage et la pêche. Le régime politique est basé sur la démocratie et le multipartisme. Depuis 1992 le régime constitutionnel malien a opté pour la décentralisation, c'est à dire la décentralisation et la responsabilité des communautés dans la gestion des affaires publiques. Les responsabilités de chaque niveau administratif sont clairement définies. Le plan de développement économique et social ainsi que les plans sectoriels sont élaborés dans le respect des attributions respectives des régions, districts, cercles et communes.

Histoire et politique du Mali

Le Mali des grands empires

- Vème millénaire avant J.C. : Présence humaine révélée par de nombreux vestiges néolithiques dans l'adras des Iforas.
- IIIème millénaire : Les migrations des populations sahariennes vers la vallée du Niger débutent alors que le climat se fait plus aride.
- A l'aube de notre ère : Le delta intérieur du fleuve est déjà au cour des échanges entre la savane et le désert. Les premières cités s'y développent, telle que Djenné. Le commerce transsaharien du sel et de l'or fonde la prospérité de l'empire du Ghana, érigé par les Sarakolé, vers le Vème siècle après J.C., dans cette région du Soudan occidental, entre les fleuves Niger et Sénégal.
- 1076 : L'empire succombe sous les coups des Almoravides berbères, qui ont entrepris l'islamisation de l'Afrique occidentale. C'est à cette époque que les pasteurs bambaras s'établissent dans la région tandis que les Sarakolé animistes sont refoulés vers le sud. Les Songhaï, venus de l'est, fondent un empire dont la capitale est Gao.
- XIIIème siècle : L'empire Songhaï est absorbé par l'empire du Mali, qui contrôle les gisements aurifères du Haut-Sénégal-Niger et qui, à son apogée, sous le règne de Kankan Moussa, étend son influence sur toute la savane de l'Ouest africain, jusqu'à l'Atlantique. Djenné, Gao, mais surtout Tombouctou deviennent de grands centres commerciaux, artistiques et intellectuels de l'islam soudano-malien.
- XVème siècle : Leur rayonnement s'accroît encore après que l'empire du Mali se soit effacé au

profit de l'empire Songhaï. Les armées de Sonni Ali puis d'Askia Mohammed diffusent l'islam à travers la savane. Au maximum de son extension, l'empire Songhaï couvre la plus grande partie du Mali moderne, englobe à l'ouest des territoires de l'actuelle Guinée et s'étend à l'est jusqu'à Kano, au nord du Nigeria.

- 1591 : L'empire est presque totalement détruit par une invasion marocaine.
- XVIIème et XVIIIème siècles : Le territoire malien est morcelé en plusieurs petits États dont celui fondé à Ségou par les Bambara. Ces derniers, comme les Dogon, ont résisté à l'islamisation. L'esclavage se répand avec l'extension de l'islam.
- Seconde moitié du XIXème siècle : Les Bambara sont la cible de la guerre sainte menée par le chef musulman El-Hadj Oumar Tall (1797-1864), fondateur d'un empire toucouleur, s'étendant de Tombouctou jusqu'aux sources du Niger et du Sénégal.
- 1864 : Les troupes d'El-Hadj Oumar Tall sont défaits par les Français dirigés par Louis Faidherbe à Bandiagara.

La colonisation

- A partir de 1880 : La conquête française de la région est faite par Joseph Gallieni qui mène des combats meurtriers contre les troupes de Samory Touré, chef de guerre dioula et fondateur d'un empire théocratique dans le Haut-Niger, et contre les Toucouleurs, qui résistent au nord.
- 1898 : La conquête est achevée. Le Mali, une partie de la Mauritanie, du Burkina Faso et du Niger actuels sont intégrés à l'Afrique-Occidentale française. Capture de Samory Touré par les Français.
- 1904 : Ces territoires forment la colonie du Haut-Sénégal-Niger, dont la capitale est Bamako.
- 1920 : Elle devient le Soudan français après que la Haute-Volta (aujourd'hui Burkina Faso) en ait été détachée.

La colonie fit l'objet d'une politique de valorisation économique, qui s'accompagna du recours au travail et à la conscription forcée. Toute activité politique est, en revanche, interdite aux colonisés jusqu'aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale.

- 1946 : A Bamako est constitué le Rassemblement Démocratique Africain (R.D.A.), qui mène la lutte pour l'indépendance de l'Afrique occidentale. Sa section malienne, l'Union Soudanaise, est dirigée par Modibo Keita.
- 1956 : Le Soudan français accède à l'autonomie interne.
- 1958 : Le Soudan français devient une république au sein de la Communauté française.
- 17 janvier 1959 : Cette république se joint au Sénégal pour former la fédération du Mali.

Modibo Keita, premier président du Mali indépendant (1960-1968)

- 20 juin 1960 : La Fédération du Mali se proclame indépendante.
- Septembre 1960 : La Fédération éclate en partie à cause de la rivalité entre Léopold Sédar Senghor et Modibo Keita, deux figures du nationalisme africain. L'ancien Soudan français conserve le nom prestigieux de Mali et Keita demeure président de la nouvelle république du Mali, proclamée le 22 septembre 1960.

Le même mois, le nouvel État devient membre de l'Organisation des Nations Unies.

Le Mali, sous la direction de Keita, qui fonde son pouvoir sur l'US-RDA, seul parti représenté à l'Assemblée, poursuit une politique de développement économique guidée par les principes du

socialisme étatiste.

La dictature de Moussa Traoré

- Novembre 1968 : L'échec de cette politique provoque un coup d'État militaire qui porte au pouvoir le lieutenant Moussa Traoré. Celui-ci interdit tout groupement politique.
- 1979 : Moussa Traoré crée un parti unique, l'Union Démocratique du Peuple Malien (UDPM). Ce régime dictatorial se révèle incapable de faire progresser l'économie de façon appréciable.
- De 1968 à 1974, puis de 1983 à 1985 : Des sécheresses persistantes entraînent des famines, tandis que l'État épuise ses maigres ressources dans un différend avec le Burkina Faso. Le contentieux territorial, portant sur la bande d'Agacher, s'aggrave jusqu'à provoquer un affrontement armé entre les deux pays, en 1985. Il fut réglé, en 1986, par la Cour internationale de justice.

Cette même année est marquée par d'importantes grèves étudiantes et syndicales. Au mécontentement causé par la crise économique, à l'impopularité des plans d'ajustements structurels mis en oeuvre à partir de 1981, s'ajoute l'aspiration démocratique, qui se traduit, en 1990, par la formation de trois mouvements politiques d'opposition. Dans le même temps, la rébellion armée des Touareg reprend avec vigueur au nord.

- Mars 1991 : La répression brutale des Touareg par l'armée contribue au renversement de Moussa Traoré après plusieurs mois d'émeutes dans le pays.

Le retour à la démocratie

Les libertés publiques sont rétablies par un Comité transitoire pour le salut du peuple, dirigé par le lieutenant-colonel Amadou Toumany Touré et sous l'égide duquel sont organisées les premières élections libres du Mali indépendant.

- Février 1993 : Moussa Traoré, au terme d'un procès exemplaire, est condamné à mort. Le nouveau régime, présidé par Alpha Oumar Konaré, manifeste sa volonté de résoudre le conflit touareg, mais aussi la crise sociale, par la négociation. Ses efforts pour renforcer la démocratie demeurent cependant menacés par la persistance des difficultés économiques.
- Mai 1997 : Konaré est réélu avec 80 % des suffrages exprimés (l'opposition a appelé au boycott). Avec un budget plus ou moins en équilibre, et la bonne image que présente son président qui affiche un train de vie modeste, le Mali est souvent cité comme un pays de "bonne gouvernance". Conformément à la Constitution, le président Konaré, qui terminera son second mandat en 2002, entend ne pas s'accrocher au pouvoir.
- Mai 2002 : Election à la présidence de la République du général Amadou Toumani Touré, 53 ans. Surnommé ATT par les Maliens, le général à la retraite a obtenu 64,35 % des voix au second tour, contre 35,65 % à son adversaire Soumaïla Cissé, candidat de l'Alliance pour la Démocratie au Mali (Adéma), le parti qui a gouverné durant une décennie.

Amadou Toumani Touré bénéficie, une fois n'est pas coutume pour un ancien militaire africain, d'un préjugé favorable de la communauté internationale. Démocrate, vertueux, pétri d'humanisme: les qualificatifs élogieux ne manquent pas à son égard.

Économie du Mali

Depuis le début des années 80, le gouvernement malien a entrepris des réformes économiques visant à simplifier la fiscalité, à réduire les déficits et à promouvoir le secteur privé. Le nombre d'entreprises privées a rapidement augmenté pour passer de 68,8% en 1989 à 81,4% en 1993. Le secteur privé emploie à l'heure actuelle plus de 90% de la population au Mali.

Outre l'agriculture et le commerce, les principaux sous-secteurs sont la construction, la transformation alimentaire, les boissons, le tabac, la construction, le transport et l'exploitation minière. Le Mali dispose de ressources non négligeables, particulièrement dans le domaine de la pêche et des mines, mais la plupart d'entre elles sont loin d'être exploitées à leur plein potentiel.

Le Mali dispose de gisements d'or (au troisième rang des recettes d'exportation), de minerais de fer, de bauxite, de phosphates et de marbre. Les exportations au cours des cinq à dix prochaines années pourraient être de 10 à 15 tonnes d'or par an en comparaison aux 4,3 tonnes produites en 1990.

La transformation des produits du secteur primaire est encore peu exploitée par l'entreprise privée. En effet, seule une très petite quantité de coton (environ 2%) est transformée en produit consommable. Pour sa part, le blé est autoconsommé dans sa zone de production. Les quantités de blé ne suffisent pas aux besoins du pays en entier.

Le secteur de l'élevage

En 1994, on comptait 5 542 000 bovins, 12 552 000 ovins caprins et 259 000 camelins. Ces derniers se répartissent sur l'ensemble du territoire national. En 1993, la production de lait avait été estimée à 1 061 563,3 tonnes (bovins et camelins). Pourtant le Mali est dépendant des importations de lait en poudre et de lait concentré en raison de l'insuffisance des moyens de conservation à longue durée.

Au Mali, l'aviculture industrielle, consistant en la production de poulets et d'œufs de consommation, est pratiquée à Bamako. Sa localisation sur la rive gauche du fleuve Niger, dans une vallée très fertile, est propice à l'agriculture, au commerce et à la pêche. La pêche de poissons d'eau douce est une tradition au Mali. A peu près 10 kg par personne sont consommés annuellement et une quantité considérable de poisson séché ou fumé est aussi exportée vers le Ghana et la Côte d'Ivoire. Cependant, à Sélinqué, 4000 tonnes de poisson sont pêchées annuellement sur un potentiel de 17 000 tonnes. A Manantali, on capture environ 200 tonnes de poisson par an avec le même potentiel.

Secteur de l'agriculture

Les opportunités d'investissement dans ce secteur sont, entre autres, la transformation des céréales sèches (blé, mil, sorgho, maïs, riz) et la commercialisation des intrants et des produits sous dérivés. Le maïs, après la dévaluation de la monnaie, a connu une forte demande surtout de la part des aviculteurs du Sénégal. Ceci donne au Mali l'opportunité de se positionner comme le plus grand fournisseur de produits à base de maïs. Les produits frais comme les fruits et les légumes subissent une grande irrégularité saisonnière. Quant aux volumes des produits

transformés, ils sont peu importants. La transformation des fruits et légumes est très faible par rapport aux surplus saisonniers. Cette transformation concerne notamment la mangue, la tomate, l'échalote, le cornichon, le gombo, la carotte, la courge, le tamarin, la goyave, l'orange, etc.



Enfants du village de Niakourazana revenant des champs

La santé au Mali

Le Mali est un pays pauvre de l'Afrique de l'Ouest et la majorité de la population est rurale. L'accès aux soins est problématique. La santé est un facteur important de développement de ce pays dont l'espérance de vie à la naissance n'est que de 53,8 ans.

En 1992, le Mali a mis en œuvre une politique de revitalisation et de proximité des soins de santé primaires. Même si les structures sanitaires restent peu développées (dispensaires souvent en piteux état), la situation s'est tout de même nettement améliorée.

Fonctionnement du système de santé au Mali :

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le 1er niveau est le CSCOM (Centre de Santé communautaire), le 2ème est le CSREF (Centre de Santé de Référence), le 3ème et 4ème sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux.

Les autorités sanitaires du Mali ont adopté en 1991 les CSCOM comme pièces maîtresses dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Elles ont élaboré une carte sanitaire déterminant les aires de santé dont les populations doivent participer à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les ASACO et les CSCOM ont ainsi été créés.

Les CSCOM dans leur conception doivent être des unités autonomes. Leur gestion est assurée par les ASACO et plus précisément par l'organe de gestion qui est le comité de gestion. Leur principale source de revenu pour assurer leur gestion financière est la vente des médicaments et la facturation des prestations.

Le critères de viabilité économique et sociale des CSCOM défini par le Ministère de la Santé est basé sur la distance, la taille de la population et le taux de fréquentation :

- le CSCOM doit être situé dans le village le plus peuplé,
- le CSCOM étend ses activités aux populations comprises dans un rayon de 15 kilomètres maximum,
- la population de l'aire du CSCOM est au minimum de 5000 habitants sur lesquelles on estime la fréquentation à au moins 40%.

La mise en œuvre à partir de 1994 de la décentralisation administrative (commune, arrondissement, cercle, région) a remis en cause la carte sanitaire. La distribution des aires de santé ne correspond pas toujours à celle des nouvelles communes. De nombreuses aires de santé se trouvent à cheval entre deux communes ou deux cercles et il arrive que la distance entre les villages et l'aire de santé soit de plus de 15 kilomètres. De plus, la distribution des aires de santé n'a pas tenu compte de l'ancienneté et de l'histoire des villages ni des réalités socioculturelles. Un réajustement semble indispensable afin de réconcilier les CSCOM et les communes.

La gestion populaire des CSCOM :

Chaque CSCOM est géré localement par une association de santé communautaire (ASACO), où l'on retrouve généralement les notables de la localité mais aussi des agriculteurs, des pêcheurs ainsi que des ouvriers. « La communauté s'implique dans l'association et en retour nous avons le devoir d'informer la communauté » dit Issa Traoré, président du conseil d'administration de l'ASACO de Bankoni. « Les membres du conseil administratif peuvent être sanctionnés par la population, au vu des résultats. »

Problèmes de santé

Les principales maladies sont le SIDA, le paludisme et la malnutrition.

Les problèmes de fonctionnement sont :

- La fréquentation des CSCOM:

Parmi les facteurs qui limitent la fréquentation des [CSCOM](#) figurent en premier lieu le faible pouvoir d'achat des ménages. A cela s'ajoute l'éloignement des centres et les mauvaises conditions de transport, particulièrement en zones rurales.

La plupart des CSCOM ne dispose pas d'une ambulance. Dans la majorité des cas actuels en milieu urbain, la référence des malades vers les [CSREF](#) se fait soit par l'ambulance du CSREF, soit grâce à la prise en charge du transfert du malade par sa famille.

•Manque de finances des CSCOM:

Depuis la décentralisation, le manque d'appui financier des communes aux CSCOM est un facteur qui entrave leur fonctionnement, étant donné que ni les cotisations des adhérents, ni la vente de médicaments n'arrivent à assurer leur bon fonctionnement. Il est cependant à noter que certaines mairies votent souvent des fonds de subvention annuels destinés à ces centres.

•L'accès aux médicaments:

Les CSCOM ne disposent pas de médicaments en quantité suffisante. Le fournisseur potentiel des CSCOM en médicament est la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). De plus en plus, certains CSCOM s'approvisionnent auprès de fournisseurs privés lorsque la PPM est en rupture de stock de certains produits.

Gestion des CSCOM par les [ASACO](#)

L'une des composantes majeures de la politique sectorielle de santé au Mali est la promotion des centres de santé communautaires. La promotion du système est entravée par des problèmes de fonctionnement en rapport avec le contexte de la décentralisation. Parmi ces problèmes, on peut noter :

- La méconnaissance des rôles et responsabilités des différents acteurs (ASACO-Conseil Communal Service Socio-Sanitaires) dans la gestion des ASACO.
- La méconnaissance des textes régissant la gestion de la santé communautaire par les ASACO et les élus
- L'insuffisance de communication entre communes et ASACO.

Quelques statistiques

Taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km

Taux de mortalité infantile : 123 pour mille

Taux de mortalité infanto-juvenile : 238 pour mille

Taux de mortalité maternelle : 577/100 000 naissances vivantes

Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille

Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 ans

- BCG : 73% ;

- DTCP1 :76% ;

- DTCP3 : 52%

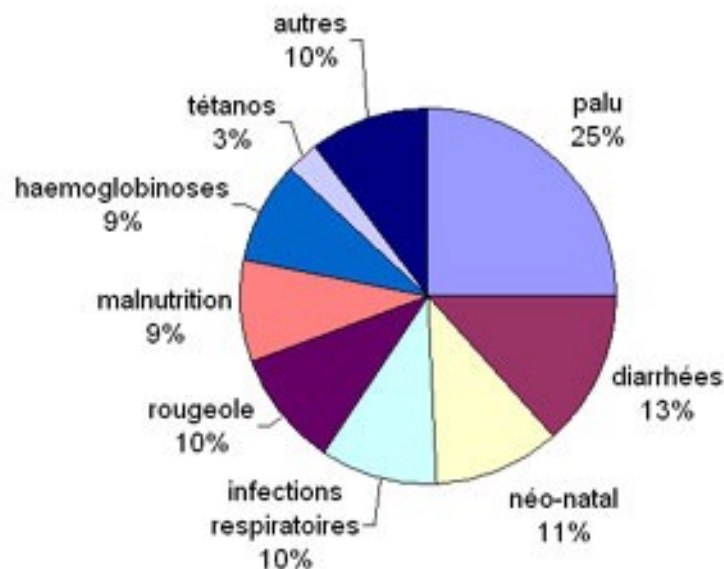
- Rougeole : 53%.

Nombre de cas de VIH/SIDA à la date du 31 Mars 2001 : 6639

Nombre de cas de vers de Guinée :

- 1999 : 410 cas
 - 2000 : 290 cas
 - 2001 : 46 cas
- 30% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique
 25% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhées

Cause de décès des enfants de moins de 15 ans



L'ONG MEDES/SAPCOM



Médecins de l'Espoir/Santé Pour la Communauté est une ONG médicale malienne qui regroupe une vingtaine de médecins, pharmaciens, biologistes et artistes. Elle a été créée selon son accord cadre le 28 septembre 1995. Elle œuvre pour la promotion de la santé au Mali et se donne une vocation internationaliste. Mue par une même volonté d'offrir ses compétences, sa capacité d'écoute (et d'apprentissage aussi) aux populations les plus démunies, l'équipe s'est soudée autour d'un credo humaniste très simple : l'accès aux soins pour tous. L'équipe s'est également engagée à être très active sur le terrain et à éviter toute forme d'installation qui l'éloignerait des piliers de sa mission. Par conséquent, elle effectue :

- Des consultations ambulatoires dans les zones défavorisées avec distribution gratuite de médicaments.
- L'équipement des centres de santé villageois et leur aide dans la gestion financière et technique.
- La construction de centres de santé en servant d'interface pour des volontaires.

Légalement la zone d'intervention de MEDES/SAPCOM est constituée des régions de Sikasso, Tombouctou et Koulikoro. Elle peut intervenir sur tout autre lieu du territoire national sur autorisation du Ministère de l'intérieur du Mali.

Dans ses différentes interventions, l'ONG se veut directe, rapide et efficace : « une approche de terrain immergée dans un environnement sanitaire très difficile, » de loin l'un des plus déficients du monde. Elle possède une ambulance médicalement équipée.

MEDES/SAPCOM veille à la sensibilisation des populations. Elle possède à cet effet, différents outils. Une troupe de théâtre a aussi été créée. Elle travaille avec le , une chaîne de radios libres qui existent dans six localités du Mali. En collaboration avec cette chaîne de radio, l'ONG organise des émissions de sensibilisation sur la prévention contre les maladies, le VIH et les MST en particulier sur l'excision, l'importance des consultations prénatales et bien d'autres encore.

Depuis le 3 janvier 2003, l'ONG a ouvert sa propre antenne FM à Niakourazana pour ses émissions médicales.

MEDES/SAPCOM est tenue au quotidien par une équipe de 5 personnes qui veille sur l'exécution correcte des activités entreprises et le fonctionnement de toutes ces structures. L'ONG fonctionne grâce à l'appui de différents partenariats et d'associations relais en Europe et en Amérique du Nord.

Objectifs de l'ONG : MEDES/SAPCOM

L'information et la sensibilisation des populations cibles :
nutrition, hygiène, grossesse, prévention paludisme, prévention SIDA et d'autres encore par le biais de causeries, débats, démonstrations, interpellations, émissions radio dans les quartiers, les villages ainsi que les zones à risques.

La prise en charge thérapeutique :
soins primaires et suivis en faveur des enfants scolarisés des quartiers périphériques de Bamako, enfants de la rue, bébés et mères mal- ou dénutris, populations défavorisées des zones rurales enclavées/déficitaires. Au-delà des soins primaires, l'accompagnement des patients vers des services spécialisés.

Promotion et prise en charge des médicaments adaptés en faveur des victimes du SIDA (en partenariat avec les autorités sanitaires, les associations, comités de lutte anti-SIDA etc. ...) et des victimes de maladies parasitaires (bilharziose entre autre).

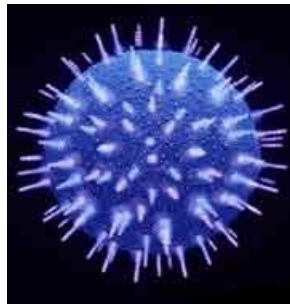
La création de centres d'accueil (nutrition, sida)

L'action médicale d'urgence (accidentés, victimes des catastrophes naturelles et artificielles, et des épidémies, etc.) Sur ce volet, notamment en cas de catastrophes naturelles et artificielles, ou de grandes épidémies, l'organisation s'engage à s'impliquer avec ses moyens, si modestes soient-

ils, aux cotés de ses confrères du Nord, à initier sur le territoire national ou régional une véritable coordination logistique médicale. L'ONG pourrait devenir un relais local efficient de l'action d'urgence.

L'appui à la recherche en pharmacopée traditionnelle améliorée et promotion de sa prescription par le renforcement des partenariats de recherche SUD-SUD et NORD-NORD.

Le virus du SIDA

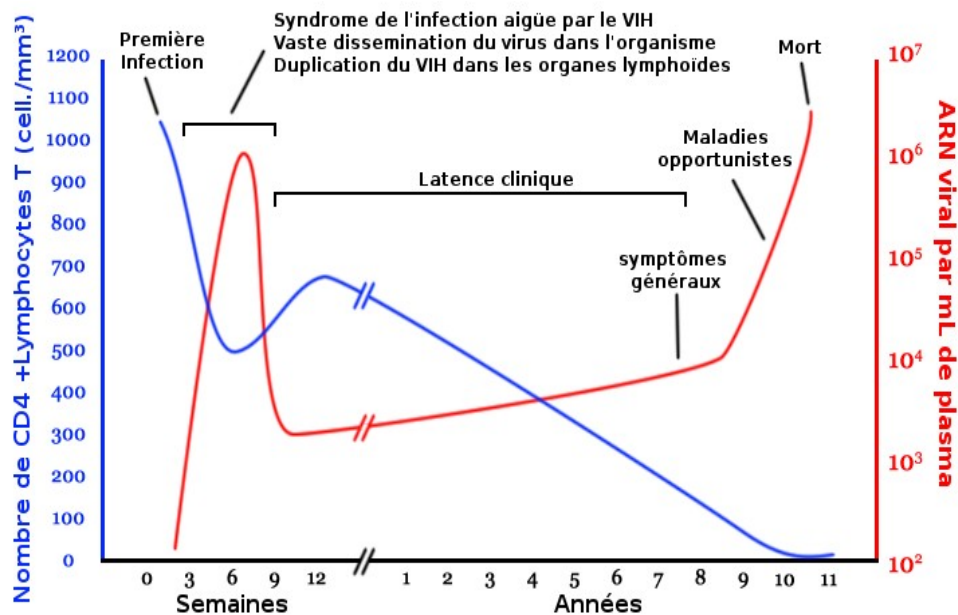


Pathogenèse

Le virus d'immunodéficience humaine est un rétrovirus à ARN simple brin qui infecte et détruit les Lymphocytes T CD4+ en détournant leur machinerie cellulaire et en provoquant leur lyse au moment de la sortie de la cellule par le virus. S'en suit une grande bataille entre le virus qui tue et prolifère et le système immunitaire qui tente de se défendre et c'est une fois que le virus a pris le dessus et que le système immunitaire est terrassé que l'on parle du SIDA: syndrome d'immunodéficience acquise.

Entre la primo-infection et l'apparition de symptômes du SIDA a lieu une période de latence asymptomatique durant en moyenne 10 ans, dépendant de la vitesse de la perte des CD4+, après laquelle le virus ouvre la porte à tout types d'infections opportunistes et de maladies. Candidoses, tuberculoses, lymphomes, souvent accompagnées de fièvre et diarrhées sont de mises.

L'apparition d'anticorps anti-VIH se fait pendant la période de latence, traduisant la forte réponse immunitaire.



source: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8d/Hiv-timecourse-Fr.png>

Transmission

Il existe trois voies de transmission du VIH: la transmission sanguine; la transmission sexuelle, lors de rapports non protégés, reste la voie majeure de transmission du virus même si les risques d'infection sont très faibles; la transmission mère enfant lors de l'accouchement.

Diagnostic et traitement

Le dépistage du VIH se fait par dosage d'anticorps spécifiques au virus et se pratique trois mois après l'exposition au risque, temps nécessaire à la séroconversion (génération de ces anticorps).

En Suisse, si le test s'avère positif, un deuxième test est effectué pour confirmer l'infection.

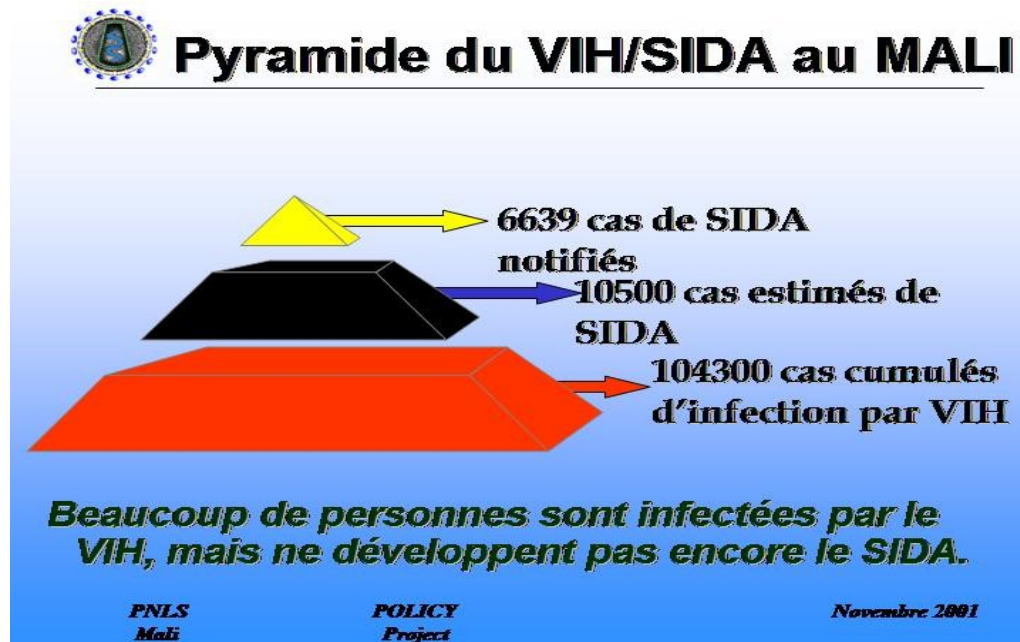
Il n'existe actuellement pas de traitement pouvant éradiquer le virus du corps d'une personne atteinte. Il existe toutefois un traitement pouvant soulager le malade consistant en une trithérapie (nommé HAART) mais qui reste lourd, demandant une grande complaisance et motivation de la part du patient. Ce traitement n'est par ailleurs accessible que par 10% de la population mondiale.

Données épidémiologiques

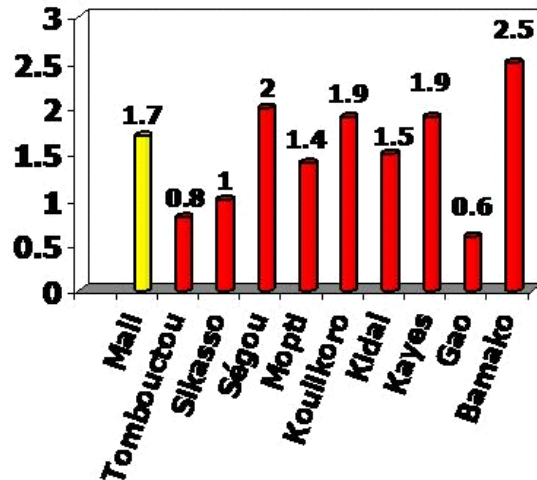
Le nombre de séropositifs dans le monde s'élève à 40 millions, soit 1.2% de la population mondiale âgée de 15 à 49 ans. Chaque année, 4.8 personnes sont contaminées, soit 14'000 par jour ou 10 par minute. L'Afrique est particulièrement touchée avec ses 20 millions de séropositifs, soit 7.5% de la population âgée de 15 à 49 ans.

Le SIDA au Mali

[Toutes les données ci-dessous parviennent du *Programme National du Lutte contre le SIDA* du Mali, 2001]



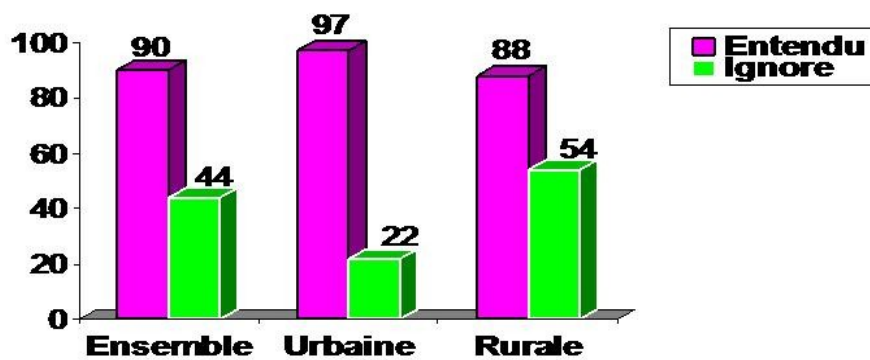
Au Mali, la prévalence du Sida est de 1.7% et est la plus grande à Bamako, atteignant 2.5%. La maladie touche surtout les personnes entre 30 et 34 ans avec une prévalence de 3.4% et touche les femmes plus que les hommes. A Bamako, cette tendance est inversée.



La majorité des femmes ont déjà entendu parler du Sida mais une bonne partie d'entre elles ignorent encore comment l'éviter, la majorité se trouvant en milieu rural.



Proportions de femmes ayant entendu parler du SIDA et ignorant qu'il existe un moyen de l'éviter (EDSIII-M)



PNLS
Mali

POLICY
Project

Novembre 2001

L'expansion du SIDA au Mali est due à plusieurs facteurs, notamment l'ignorance de la maladie, la polygamie, la faible utilisation de préservatifs et la précocité des premiers rapports.

Le SIDA a un grand impact non seulement sur l'économie comme l'on peut s'y attendre mais également sur l'éducation. En effet, moins d'enfants sont en mesure de terminer leur scolarisation voire fréquenter des écoles à cause de la maladie elle-même ou à cause du fait qu'ils soient orphelins. Sans oublier que la maladie réduit aussi l'effectif des enseignants.

Les stratégies devant être employées pour lutter contre le SIDA au Mali sont un renforcement de la sensibilisation à la maladie à tous les niveaux, de la surveillance épidémiologique de la maladie et de la prise en charge des personnes atteintes au niveau psychosocial comme

économique. Cette lutte impliquerait idéalement un engagement prolongé du gouvernement en plus des multiples ONG déjà existantes.

Récit de notre stage

Notre arrivée à Bamako

Nous sommes arrivés de nuit à Bamako. À l'aéroport, hormis la foule de porteurs s'arrachant nos sacs et de changeurs de monnaie agitant frénétiquement leurs billets devant nos yeux, nous avons été accueilli voire sauvé par Aïcha, la secrétaire de l'ONG, qui nous a fait monter dans une jeep pour aller en direction de cette dernière.

Située à environ 40 minutes de voiture du centre de Bamako, non loin de la demeure du célèbre chanteur Salif Keita, dans le quartier de Boukassoumbougou, l'ONG est un bâtiment s'élevant sur deux étages. Au rez-de-chaussée se trouvent divers bureaux (pour la secrétaire, le comptable, le directeur, le président), une cuisine et deux salles de bains. Le bureau de la secrétaire se situe dans une sorte de grande salle de séjour où ont lieu diverses réunions des membres de l'ONG et où sont pris les repas.

Au deuxième étage se trouvent deux chambres que nous nous sommes réparties (une grande pour les filles, une autre pour les garçons), une salle de bain et une grande terrasse. Nous nous sommes donc installés en ces lieux où nous cohabitons avec un gardien fort sympathique, qui faisait en même temps la cuisine, le ménage et tous types de tâches domestiques et mécaniques avec une remarquable efficacité.



Vue depuis la terrasse de l'ONG à Bamako

Le lendemain matin nous avons été confronté à une incompréhension de la part de l'ONG concernant notre arrivée et celle de deux étudiantes, de première année de médecine, québécoises qui venaient également faire un stage dans le cadre de l'ONG. En effet, ce petit problème de coordination nous a empêché de partir directement en brousse, comme nous l'avions prévu, et nous a forcé à rester une semaine à Bamako à fin d'attendre les deux étudiantes ainsi que l'arrivée du Dr. Ali Goïta, collaborant avec l'ONG, qui était sensé nous accompagner dans un dispensaire de brousse à Niakourazana.

Malgré cela, nous avons néanmoins réussi à mettre en route la réalisation de certains de nos objectifs à Bamako.

Causerie sur le VIH:

Nous avons été introduit à Mme Fatoumata TRAURE, fille de la célèbre écrivain Aminata TRAURE. Fatoumata travaille dans le cadre de l'association "EURÊKA" sur de multiple projets humanitaires dont un, qui nous a particulièrement intéressé dans le cadre de notre stage. Il s'agit de l'organisation de "causeries" de rue (sorte de débats où un animateur expose de manière interactives un problème à un groupe de personne, les laissant exprimer leurs opinions) sur le VIH et sa prévention.

Nous avons donc, grâce à cette organisation, pu suivre directement une causerie dont les grandes lignes nous étaient traduites au fur et à mesure du Bambara (langue locale) au Français. Elle eut lieu au bord de la route, dans un quartier relativement pauvre de Bamako, réunissant une quinzaine de personnes d'âges et sexes confondus. La session se déroula grosso modo en trois parties.

Dans un premier temps, l'animateur ouvra la discussion avec des explications simples, concises

sur le VIH: sa transmission, sa pathogénèse, sa latence, etc. dont nous nous sommes fortement inspirés pour organiser notre programme de sensibilisation ultérieur. Il s'est servi d'un pénis en bois pour démontrer l'utilisation de préservatif, ce qui a provoqué des fortes réactions, surtout des éclats de rire. Des questions furent posées auxquelles il prit soin de relever leur utilité et d'y répondre.



Dans un deuxième temps, l'animateur proposa un jeu appelé le jeu des bateaux. Un grand panneau bleu symbolisant la "mer du SIDA" sur lequel étaient accrochées trois poches en forme de bateaux représentant les trois grandes voies de prévention contre la maladie, à savoir: l'abstinence, la fidélité et le préservatif. Il a successivement montré plusieurs dessins de différents stéréotypes féminins (la femme provocatrice, la femme au foyer, etc.) et a demandé à différents volontaires de les "sauver de la noyade dans la mer du SIDA" en les plaçant dans le "bateau" leur correspondant le mieux selon eux et en justifiant leur choix. Il demanda parallèlement aux autres participants de donner leur avis concernant le placement. Le jeu marcha bien, suscitant beaucoup

de réflexions et réactions du public, voire des plaisanteries.



Finally, a film was projected on a small television but unfortunately we could not hear anything due to a sound problem and the animation touched its end.

We then returned to the office of Fatoumata to give her a feedback on the session and to ask her some questions about the organization of such a talk. We learned on the same occasion that these talks took place about three times a week in many different neighborhoods of the city.

Visite à l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré, et du DMT (département de médecine traditionnelle)

During our week in Bamako, we took the time to be interested in the health care system of the city. We visited with Dr. Goïta the national hospital of Point G, located on a hill overlooking the city. This hospital-university complex, which is undergoing renovation and modernization (there were buildings under construction) consisted of several buildings, relatively well equipped (monitoring, etc.), according to the different services. We took a tour of the complex without really having the time to be interested in the different services of the program that was our day.



Nous nous sommes ensuite rendus à l'hôpital Gabriel Touré, un autre centre hospitalo-universitaire, plus petit, situé en ville. Les conditions précaires et le manque d'hygiène nous a particulièrement frappé. En effet, les chambres obscures et peu salubres étaient très peuplées et des poches de sang usées dépassaient des poubelles pleines à ras bord au milieu des couloirs. Nous avons eu la chance de faire la rencontre du médecin-chef responsable du département de chirurgie qui nous a fait visiter les blocs opératoires du centre.

Finalement, nous avons visité le DMT (département de médecine traditionnelle), Un grand bâtiment abritant beaucoup de laboratoires, salles de consultations et salles d'archivage ou sont classés des herbiers. Derrière le bâtiment se trouve un énorme jardin où poussent tous types de plantes médicinales. Nous avons eu la chance de visiter tout cela et de rencontrer un médecin travaillant pour le DMT. Ce dernier nous a expliqué que la médecine traditionnelle pratiquée au DMT était comme une spécialisation dans la médecine et qu'il ne fallait pas la confondre avec les pratiques des charlatans et des superstitieux.



Visite de la faculté de médecine et don d'ouvrages médicaux

Nous avons également visité la faculté de médecine de Bamako. Située non loin de l'hôpital national du point G, l'université comprend deux auditorios principaux et une vaste bibliothèque recueillant une large collection d'ouvrages médicaux en Français comme en Anglais.



Ceci est la B400 de Bamako

Ci-contre: affiche percutante à l'entrée du grand auditoire de l'université

Nous voulions par ailleurs faire don de différents ouvrages médicaux (par exemple des Harrison de poches, généreusement offerts par l'AEMG) à la faculté de médecine de Bamako. Le directeur de l'ONG nous a prié de les lui remettre en nous expliquant qu'il allait faire une lettre officielle de don de la part de MEDES/SAPCOM. Or, ces livres sont restés empilés sur un bureau de l'ONG au moins jusqu'à notre départ... peut-être même y sont-ils encore, comme c'est malheureusement le cas pour beaucoup de matériel médical (chaises roulantes, lits, ouvrages, etc.) poussiéreux entreposé dans l'enceinte de l'ONG, chose que nous avons trouvé fort regrettable.

La rencontre des Canadiennes et le Départ pour Niakourazana

Finale­ment nos deux camarades québécoises arrivées, nous avons pu envisager notre départ pour la brousse avec le Dr. Goïta. Celui-ci proposa de nous scinder en deux groupes de quatre et de nous envoyer dans deux dispensaires différents, chose qui nous paraissait dans un premier temps totalement inconcevable vu l'intimité liant les sujets de nos projets et les outils communs à la réalisation de nos objectifs (radio, argent gagné lors de notre soirée caritative, etc.). Nous avons donc expliqué notre cause et sommes finalement tous partis pour le même dispensaire à Niakourazana, bien que les deux Québécoises ne fussent pas mêlées à nos projets d'immersion communautaire.

Niakourazana

Après un très long voyage en car depuis Bamako jusqu'au bord du goudron à Koumantou, nous avons pris un taxi brousse pour rejoindre le village de Niakourazana. Il fait nuit noire, le taxi brousse roule à très grande vitesse sur la piste et la petite deux chevaux de l'ONG nous suit avec un phare en moins. La route est couverte de bosses, de ponts en mauvais état et d'immenses

flaques d'eau qui ressemblent presque à des étangs. Il doit être minuit passée lorsque nous sommes arrivés à destination. Ali Goïta, le médecin de l'ONG nous a fait visiter nos futures cases à la lumière de lampes torches. Par la suite nous nous sommes installés deux par deux dans les cases et une table avec un repas chaud nous attend à l'extérieur. Mais au moment de commencer notre repas, une armée d'abeille nous a attaqué et la plupart d'entre nous en garde un souvenir très douloureux.

Le matin, après une moyennement bonne nuit de sommeil, nous sommes partis à la découverte du village. Dès que les enfants nous ont aperçu, ils sont venu vers nous en sautant, riant, dansant et juste après quelques mètres dans le village, nous nous sommes retrouvés entourés d'enfants. Cela a été une grande joie pour nous, le meilleur accueil qui ait pu nous être fait. Au centre du village, vers l'emplacement du marché, nous avons le plaisir de découvrir le fameux château d'eau de Niakourazana, celui-ci a été offert et construit par des suisses et permet au village d'avoir un apport en quantité suffisante d'eau potable. Nous sommes aussi allés rendre visite au chef du village de Niakourazana, qui parle assez bien le français. Ceci semble être aussi le cas pour la plupart des hommes âgés du village, se qui nous a d'ailleurs un peu surpris, mais s'explique par le fait que ces hommes ont dû quitter le village pour aller en ville afin de trouver du travail et subvenir aux besoins de leur famille.

Patricia avec des enfants du village

Niakourazana

Une fois les présentations faites, nous sommes allés au dispensaire pour visiter l'établissement, rencontrer la matrone ainsi que la pharmacienne, qui n'en n'est pas tout à fait une étant donné qu'elle a fait une formation de gestionnaire. Nous sommes très bien accueillis par tous, les habitants du village ainsi que le personnel soignant ont l'habitude de côtoyer des stagiaires.

Le dispensaire n'est pas très grand, il possède une salle de consultation, une salle de soins qui est aussi utilisée comme salle d'accouchement, et deux chambres de trois lits pour l'observation des patients (homme / femme). Il y a de l'eau courante qui vient directement du château d'eau et de l'électricité fournie par des panneaux solaires. Malheureusement il y a souvent des coupures de courants et la conservation des médicaments mais surtout des vaccins est difficile. Le médecin possède les instruments de base (stéthoscope, sphygmomanomètre, otoscope, spéculum...), le diagnostic se base donc surtout sur l'anamnèse. Les consultations se font du lundi au vendredi de 8h à 12h et le vendredi est aussi le jour des CPN (Consultations Prénatales).

Chaque matins, deux d'entre nous vont chercher le pain au « boulanger » ou au petit magasin du village pendant que d'autres se douchent à la théière, mettent la table et essaient tant bien que mal de faire bouillir de l'eau sur des braises presque éteintes. A 8h00 nous sommes au dispensaire pour commencer les consultations, comme nous sommes au nombre de huit stagiaires (six suisses et deux canadiennes) nous nous sommes divisés en deux groupes, un aux soins avec la matrone et un en consultation avec le médecin.

Les consultations ne se passent pas tout à fait comme se qui nous est enseigné au CC. Les malades attendent sur la véranda avec leur accompagnant et le médecin les appelle depuis la salle de consultations. Une fois à l'intérieur, le médecin débute tout de suite l'anamnèse, sans faire de phase sociale, il ne demande pas l'autorisation au patient pour que nous, stagiaires, assistions à sa consultation. L'examen physique se fait très rapidement et sans expliquer à la personne malade se qui se passe.

Les jours où nous sommes en consultation, le médecin nous traduit ce qui se qui est dit, nous explique les diverses maladies et nous laisse beaucoup pratiquer, se qui nous a permit de palper des organes malades (splénomégalie, hépatomégalie) et d'ausculter des personnes qui ne sont pas saines, se qui ne se fait que rarement dans les années précliniques, où nous pratiquons des examens physique sur des personnes en bonne santé. La plupart des malades que nous avons vu souffrent du paludisme, de diverses parasitoses et d'infections bactériennes. Les enfants fiévreux sont automatiquement traités contre le paludisme. En effet, il est impossible de faire une goutte épaisse pour confirmer la présence de plasmodium dans le sang dans un établissement de premier ordre comme celui-ci et comme l'incidence du paludisme est très grande, il est préférable de traiter même sans confirmation.

Un jour, un homme est arrivé accompagné d'un guérisseur, quand ce jeune homme a enlevé sa chemise, nous avons été fortement surpris, presque horrifié. Il avait un cou énorme avec des sortes de boutons de pu et disait sentir « des choses bouger à l'intérieur ». Cela fait deux ans qu'il a ceci et dit que tout a débuté par un simple bouton. Il ne s'est décidé à consulter un médecin qu'à ce moment car le guérisseur n'a pas réussi à le soigner et ne sachant plus que faire, il a préféré le confier aux soins d'un médecin. Ce genre d'histoire arrive malheureusement trop fréquemment et

diminue les chances de soigner les personnes malades, car elles arrivent souvent trop tard.



Aux soins nous pouvons faire des I.V, I.M, des pansements et nous posons des voies veineuses. Nous sommes avec la matrone, et en l'observant nous nous rendons compte du réel manque de moyens. Les aiguilles sont toutes de la même taille, que se soit pour les I.M ou I.V, pour les bébé ou les adultes. Si le patient a la nécessité d'une I.M et d'une I.V, nous faisons les deux injections avec la même aiguille. Pour la désinfection du site d'injection, la matrone imbibe le coton avec de l'alcool et l'essore dans la bouteille qui le contient, les gants ne sont pas utilisés pour ce type de soins et quand ils le sont, nous ne les jetons pas, s'ils ne sont pas trop souillés, ils sont lavé et réutilisés. Un matin, l'aiguille est tombée par terre et elle a quand même servit à piquer le malade. Tout ceci est surprenant pour nous, inconcevable, mais il faut bien se rendre compte du manque de moyens, le gaspillage n'est pas permit, car une aiguille gaspillée signifie une personne en moins qui aura droit au soin. Le médecin est conscient de tout ceci, mais essaie de faire au mieux avec les moyens à disposition.

Le Dr. Ali Goïta fait aussi des consultations dans d'autres villages, il part en moto ou en deux chevaux, cela dépend de la météo, et c'est la matrone qui le remplace aux consultations. Là, tout va très vite, l'examen physique ne fait plus partie de la consultation, à part la prise de tension artérielle et la température, l'ordonnance devient très chargée, surtout lorsqu'il s'agit d'antibiotiques, étant donné qu'elle ne sait pas très bien les cibler, elle en donne suffisamment pour être sûre d'avoir le bon. Bien qu'elle n'a pas la formation nécessaire pour écrire des ordonnances, elle doit quand même le faire car le docteur n'est pas toujours là. Elle fait du mieux qu'elle peut en se basant sur tout ce qu'elle a appris pendant ses quinze années d'expériences. La matrone comprend et parle assez bien le français. Il est arrivé plusieurs fois où nous n'avons pas été d'accord avec les pratiques de la matrone, mais quand nous le lui avons dit, elle a fait comme si elle n'avait pas compris. Il ne fallait pas la contredire, et après tout qui sommes nous pour la contredire, nous n'avons aucune expérience en brousse, c'est certainement ce qu'elle c'est dit et elle n'a pas eu tout à fait tort.

Dispensaire d'un autre village

Table d'accouchement de celui-ci

Quand les consultations arrivent à leur fin, nous retournons vers nos cases où nous attendons avec impatience le repas de midi qui est très gentiment préparé par Mariatou, une des belles sœurs d'Oumar Marico. L'après-midi nous en profitons pour jouer avec les enfants, apprendre le Bambara, participer aux corvées ménagères pour certains d'entre nous, surtout pour les filles (cuisiner, cueillir du karité, piler le mil...), préparer nos sensibilisations et surtout notre émission de radio.

Sur la colline du village de Niakourazana se trouve une radio qui émet jusqu'à d'autres villages à 18 km. Cette fameuse colline a aussi été notre lieu de prédilection pendant ces deux semaines

passées à Niakourazana, car celle-ci est le seul endroit où il y a du réseau et elle nous a donc permis de communiquer avec nos proches. Le Dr Ali Goïta a souvent utilisé la radio pour parler de problèmes de santé. C'est pourquoi nous lui avons parlé de notre envie de faire une émission radio afin de sensibiliser une plus grande part de la population au problème du SIDA. Le médecin a trouvé cette idée très bonne et tout à fait accessible, il s'est arrangé avec la directrice de la radio, qui a mis à notre disposition 1h d'antenne pour chacun de nos groupes. Nous nous sommes donc attelés à la tâche avec une grande motivation, nous avons tout d'abord commencé par nous mettre d'accord sur les points importants que nous voulions aborder et avons fait une ébauche de notre émission. Par la suite, nous en avons parlé avec le docteur, car nous voulions savoir quels thèmes et quels mots il fallait éviter tout en étant sûr d'être compris, car le docteur connaissait beaucoup mieux les villageois et leur culture et nous ne voulons pas paraître grossiers, déplacés. Nous ne désirons pas être vu comme « les blancs qui viennent imposer leur idées. »

Le soir de l'émission arrive, nous avons tous un peu le trac, après tout c'est notre première émission radio et en plus c'est en directe, nous n'avons pas le droit à l'erreur. Le présentateur radio fait notre présentation en Bambara et le Dr Ali Goïta introduit le sujet dans les deux langues. Nous avons parlé chacun notre tour, en faisant des poses afin que le médecin puisse traduire ce que nous disons. Nous avons essayé d'utiliser des mots simples et des comparaisons pour que tout le monde puisse comprendre. A la fin, nous avons mis nos préservatifs à disposition de toute personne qui aurait envie d'aller en chercher gratuitement à la pharmacie du dispensaire. L'émission a duré environ une demi-heure, cela a été une très belle expérience, tout c'est très bien déroulé, nous sommes fiers de nous et maintenant il n'y a plus qu'à espérer que notre émission ait été un véritable succès.

Le lendemain, énormément de villageois parlent de notre émission et nous félicitent. Nous avons remarqué que c'est surtout Patricia qui à le plus été retenue par les villageois, peut-être par le fait qu'elle soit une fille qui parle d'un sujet tabou, car il a une forte connotation sexuelle, le SIDA. Nous avons été très heureux de voir que les personnes ont écouté notre sensibilisation et très satisfaits de notre travail.

Nous avons aussi été très contents d'apprendre que quelques hommes sont venus chercher des préservatifs après avoir écouté notre émission radio. La pharmacie du dispensaire possède des préservatifs mais ils ne sont pas gratuits. Le Dr Ali Goïta nous a dit que les hommes qui viennent chercher des préservatifs les font très discrètement, ils prennent le médecin à part et lui en demandent mais sans jamais les nommer, ou bien ils disent qu'ils aimeraient « la chose. » Les personnes sont très gênées de parler du SIDA, car c'est une maladie sexuellement transmissible et évitent, la plupart du temps, de regarder les personnes qui en parlent. Il est aussi très difficile pour une femme de parler de ce sujet avec un homme et vice-versa. C'est pourquoi Patricia a fait de la sensibilisation au près des femmes et Eduardo et Greg auprès des hommes.

Quelques jours après notre arrivée à Niakourazana, notre groupe c'est séparé. Greg et Eduardo sont retournés à Bamako car ils trouvent que nous sommes trop nombreux pour le peu de malades que nous avons.

Retour à Bamako pour Greg et Eduardo



Pendant leur semaine de retour à Bamako, Greg et Eduardo ont beaucoup discuté du VIH avec des groupes de jeunes assis au "grin". Le grin est une activité sociale rassemblant un groupe de personnes environ du même âge, souvent des hommes, où l'on parle de tout et rien autour d'un thé et où se tissent des liens de solidarité. Chaque groupe a son grin à un endroit bien précis et s'y rencontre hebdomadairement. C'est une très bonne occasion pour les deux étudiants de faire des échanges concernant la maladie du SIDA, comment les jeunes bamakois la perçoivent, etc. Ils paraissent bien au courant des dangers et de la réalité de la maladie mais ne connaissent pas bien les modes de transmission, sujet sur lequel les garçons ont bien débattu avec l'importance des méthodes de prévention et du dépistage. Greg et Eduardo ont finalement fait une discrète distribution de préservatif pour les intéressés.

Ils ont aussi fait une rencontre très particulière. Il s'agit d'un homme âgé d'une trentaine d'années dont nous tairons le nom, qui leur a confié avoir été un co-fondateur d'un groupe qui réfutait l'existence du VIH, disant que c'était une stratégie des "blancs" pour que les africains arrêtent de procréer. Il a adhéré à cette idéologie dû à un grand sentiment de révolte et de nationalisme, se comparant lui-même au "Che". La chose la plus troublante fut le fait que ce groupe était monté à la base par des américains. Ce jeune homme a poursuivi en disant avoir quitté ce groupe et qu'il a commencé à se rendre compte de la réalité de la maladie quand des proches à lui en sont décédés. Il avait lui-même un résultat de dépistage en main (heureusement pour lui négatif).

Pendant ce temps à Niakourazana

Pendant ce temps Patricia est restée à Niakourazana avec les filles du deuxième groupe Mali et les deux canadiennes. Elle a profité des jours qui lui restent à passer au village pour continuer la sensibilisation, mais cette fois si uniquement avec les femmes. Sans Eduardo et Greg il est difficile voir impossible de parler du SIDA avec les hommes.

Avec l'aide de Stéphanie, Sandra et Eléonore, Patricia prépare sa prévention SIDA qu'elle profite de faire lors des CPN. En effet, celles-ci réunissent beaucoup plus de femmes que les consultations habituelles et permettent de parler avec les ATR (Accoucheuses Traditionnelles

Recyclées, recyclées car elles ont suivi une petite formation), qui ne sont présentes que lors des CPN.

La séance de sensibilisation au SIDA se fait juste après la séance de planning familial du deuxième groupe. Patricia a commencé par sensibiliser les professionnelles de la santé, la pharmacienne, les ATR ainsi que la matrone qui a aussi été l'interprète. La matrone a de bonnes connaissances au sujet du VIH, ce qui est normal étant donné qu'elle a suivi une formation. Les ATR, qui ont une formation moins poussée que celle de la matrone, ont une moins bonne connaissance du VIH. La réponse des ATR à la question « Qu'est-ce que le SIDA? » a été : « C'est des personnes avec de la diarrhée et très minces. » Par contre elles ont connaissance de la plus part des modes de transmission (sanguine et sexuelle). Patricia a donc pu leur apporter les informations qui leur manquent et surtout faire une destigmatisation. Il est important de sensibiliser, de parler du VIH avec ces professionnelles de la santé, car elles vont transmettre à leur tour ce qu'elles ont appris et le mettre en pratique.

La semaine d'après, Patricia a continué son stage au dispensaire avec les autres filles et en a profité pour organiser sa prochaine séance de prévention qui se fait de nouveau avec celle de l'autre groupe et qui va se dérouler le vendredi suivant mais avec pour cible, cette fois si, des futures mères. Pour ceci, Patricia et les filles ont commencé par parler avec le Dr. Ali Goïta qui a déjà eu l'occasion de faire ce genre de sensibilisation au cours de ses études. Celui-ci leur a donné des suggestions pour garder les femmes attentives. En effet, celles-ci ont de la peine à rester concentrées très longtemps, il ne faut pas dépasser les 20 min par séances et il faut éviter d'aborder trop de sujets en même temps. L'idéal est de faire une séance pour le SIDA et une pour le planning familial, mais c'est le dernier vendredi que les filles passent à Niakourazana et donc il a fallu parler des deux sujets en essayant de faire passer les points essentiels en un minimum de temps.



Les filles en tenue traditionnelle après les consultations accompagnées du Dr Goïta et de la matrone

Le vendredi est arrivé, les filles ont acheté des cadeaux pour offrir aux participantes de la séance (sel et bouillon MAAGI). Les futures mères les ont rejoint dans la chambre des femmes du dispensaire après avoir fait leur CPN. Les filles se présentent et expliquent ce qu'elles vont faire. La matrone est leur interprète, elle traduit au fur et à mesure ce qui est dit, mais la communication n'est pas facile car la matrone ne comprend pas tout ce que disent les filles et elle a beaucoup de peine à rester concentrer, elle a un peu l'air de s'ennuyer, c'est peut-être à cause du fait qu'elle leur a toujours servi d'interprète et qu'elle connaît déjà tout ce qui est dit. Il faut donc souvent répéter les choses pour qu'elle les traduise, ce qui rallonge la durée de la séance et augmente la dissipation des femmes.

Après les filles du deuxième group, Patricia a parlé du VIH. Globalement, toutes les femmes ont déjà entendu parler du SIDA et connaissent les deux grands modes de transmission (sanguine et sexuelle). Une des femmes lui a dit, comme exemple de transmission : « ...si un homme est marié à deux femmes et que l'une d'elle a le SIDA, l'autre femme risque aussi de l'attraper. » Ceci a beaucoup surpris Patricia car c'est un exemple complexe et qui illustre parfaitement la transmission sexuelle, ceci montre que cette femme a bien compris et encore mieux, le fait que se soit elle qui en parle, permet une meilleure compréhension des autres femmes et les incite à participer. Il y a un degré différent de savoir entre les femmes, il y en a une qui sait énormément de choses et qui est très utile car elle partage son savoir avec les autres et ceci permet une meilleure intégration des informations par les autres femmes car elles leur donne des exemples concrets, des exemples qui font parti de leur vie quotidienne, de leur culture. D'autres femmes restent à l'écart, soit par timidité soit par gêne et d'autres essaient de participer même si leur connaissance au sujet du SIDA sont restreintes.

Elles connaissent toutes le préservatif masculin mais n'ont jamais entendu parler du préservatif féminin. Patricia leur a montré et leur a fait une démonstration de leur mode d'utilisation et de précautions à prendre à l'aide d'un pénis en bois que Patricia, Stéphanie, Sandra et Eléonore, ont fabriqué en utilisant une branche de bois recouverte d'un sac plastique pour éviter que les préservatifs ne se déchire au moment des démonstrations.

Séance de sensibilisation auprès des futures mères des deux groupes Mali. Niakourazana

Contrairement à la causerie sur le VIH à Bamako, les femmes à Niakourazana sont beaucoup plus sérieuses et certaines ne veulent pas regarder (une minorité). La présentation c'est bien déroulée, le seul problème a été la durée de la séance, beaucoup trop longue ce qui fait que vers la fin les femmes commencent à se dissiper, elles ne sont plus très attentives. À la fin de la présentation, les filles ont posé des questions pour voir si les futures mères ont bien compris et aussi pour voir

si la séance leur a été utile. La distribution des cadeaux c'est fait et a été très bien prise par les femmes. Les filles leur ont demandé un feedback de la présentation, et il en résulte une bonne compréhension mais aussi un apport de réponses aux nombreuses questions qu'elles se sont posées, et elles ont aussi beaucoup appris. Il leur a aussi été demandé d'en parler avec les femmes de leur entourage. En effet, le but de ces séances est aussi de faire en sorte que les femmes qui y ont assisté transmettent ce qu'elles ont appris aux autres et ainsi de suite, c'est une bonne façon de donner une suite à notre projet même après notre départ.

Les derniers jours à Niakourazana ont été consacrés au démarrage de la construction de la maternité du village. Comme il a déjà été dit, nos deux groupes Mali ont organisé une soirée caritative à Genève afin de récolter des fonds pour nos projets au Mali. Mais une fois sur place, nous nous rendons vite compte qu'il est impossible d'organiser une grande causerie en invitant tout le village à manger et en payant le tout avec cet argent, comme nous avons prévu de le faire à Genève. Ceci parce que nous ne sommes pas restés assez longtemps sur place pour tout organiser mais aussi parce qu'il est utopique de penser que nous pouvons mettre en place une causerie de cette ampleur sans aucune expérience et avec une grande barrière linguistique. Nous avons pesé le pour et le contre et avons fini par utiliser cet argent en quelque chose de plus utile, plus urgent mais aussi plus durable pour ce village. Nous en avons parlé avec le Dr Ali Goïta, qui nous a dressé une liste de possibilités pour rendre notre don profitable. Nous nous sommes donc tous mis d'accord pour financer la construction d'une maternité. En effet, celle-ci leur sera très utile car, comme déjà dit plus haut, les accouchements se font dans la salle de soin et quand il y en a deux en même temps, les deux femmes accouchent ensemble dans la même salle. En plus, ceci nous permet aussi de rester dans un des sujets traités par l'autre groupe Mali. Nous avons désirés que la construction débute avant notre départ pour Kolondiéba, afin d'être bien sûr que l'argent soit bien utilisé pour cette construction et nous ne voulons pas que les travaux traînent. Nous avons obtenu un devis et le jour suivant, le maçon a commencé à faire le marquage du sol, à apporter les matériaux et à fabriquer les briques en ciment. Nous sommes ensuite parti à Kolondiéba en espérant revenir à Niakourazana dans le but de suivre l'avancée des travaux et bien sûr en profiter pour revoir nos amis.

Fabrication des briques pour la maternité

La maternité une semaine après

Kolondjeba

Patricia ainsi que les filles sont arrivées à Kolondiéba le dimanche, alors que les garçons ne sont arrivés que le mercredi. En arrivant, il a fallu chercher où dormir, ce qui n'a pas été facile, étant donné que les filles devaient compter leur argent afin de pouvoir vivre jusqu'à la fin du stage. Elles ont fini par rester dans un établissement de Save the children, où grâce au Dr Ali Goïta et le maire de Kolondiéba, elles ont pu avoir un prix abordable.

Rue principale de Kolondiéba

Le lundi, nous sommes allés visiter le centre de référence de Kolondiéba, faire les présentations et organiser leurs activités.

Ce centre de niveau deux est beaucoup plus grand que le dispensaire de Niakourazana, trois médecins, un médecin chef, des infirmiers, matrones et apprenties matrones y travaillent. Ce centre possède aussi deux blocs opératoires, une maternité, un laboratoire d'analyses médicales, des cabinets pour les consultations et plusieurs départements (ophtalmologie, vaccination, préventions...) Une fois par semaine, il y est fait des séances de sensibilisation à plusieurs sujets, dans une salle prévue pour.

Comme il y a trois grandes disciplines, la chirurgie, la maternité et la médecine interne, les filles ont organisé leur stage de la façon suivante, elles étaient six (Sandra, Stéphanie, Eléonore, Patricia et les deux canadiennes) et se sont donc divisées en trois groupes de deux, ainsi tous les deux jours elles changeaient de poste. Après leur arrivée, les garçons se sont annexés au tournus.

Tous les matins, peu importe à quel poste nous sommes, nous suivons la visite médicale au lit de tous les malades. Les médecins essaient de parler en français le plus souvent possible afin que nous puissions comprendre. Les médecins sont assez froids avec les patients, ils restent fixés sur la maladie, ne prennent pas en compte la personne dans sa totalité. Les médecins se plaignent très souvent des infirmiers et aides soignants qui n'en font qu'à leur tête. Lors du passage d'un lit à un autre, les médecins se désinfectent les mains avec de l'alcool, nous leur avons donné quelques Hopyrub®, ils ont trouvé ceux-ci très pratique surtout la solution en gel. Autre point qui nous a

beaucoup marqué, est la propreté des chambres qui laisse à désirer, l'odeur est vraiment insupportable et il nous est même arrivé de sortir des chambres pour aller prendre l'air. Après cette visite, chacun retourne à son poste.



Devant la maternité du centre de référence de Kolondiéba

La chirurgie est pratiquée par tous les médecins, qui à notre grande surprise ne sont pas chirurgiens mais s'y destinent. Il y a deux blocs opératoires qui sont équipés d'air conditionné. Tout le monde peut assister à une opération, il suffit juste d'avoir des vêtements de chirurgie ou sa blouse blanche, et pour les chaussures, nous gardons nos tongs, ce qui est assez surprenant étant donné que nous marchons n'importe où avec et que la salle d'opération est un lieu qui est censé être très propre. Les anesthésies sont données par un technicien et non par un médecin, et comme il n'y a pas de monitoring, le technicien prend la tension artérielle du patient environ tous les quarts d'heure. Ils essaient de garder au maximum un matériel stérile, mais parfois il peut y avoir des imprévus, comme des mouches dans le bloc opératoire qui se posent sur les instruments voir même sur le patient, ce qui met le médecin hors de lui et nous a fortement marqué.

À la maternité, nous avons pu participer activement aux CPNs et comme il y avait beaucoup plus de femmes qu'à Niakourazana, nous en avons profité pour faire de la prévention. Patricia a donc fait une sensibilisation SIDA, comme à chaque séance, elle a commencé par se présenter et dire ce qu'elle va faire et poursuit par des questions sur le VIH pour voir quel est le niveau de connaissance à ce sujet des femmes de Kolondiéba. Elle a pu remarquer qu'en générale elles ont un niveau de connaissance légèrement supérieur et qu'il est plus facile de parler de certains points avec elles, ces femmes sont un peu moins gênées que celles de Niakourazana mais plus que celles de Bamako. La traduction a été faite par une future matrone, qui a beaucoup plus de facilités avec le français et reste très attentive contrairement à la matrone de Niakourazana, ce qui a rendu la séance beaucoup plus agréable. Comme pour la séance de Niakourazana, celle-ci est très bien accueillie par les femmes ainsi que par les futures matrones qui sont présentes. Le feedback est

très positif, ce qui est très récompensant pour nous. Pendant le temps où Patricia s'est occupée de la sensibilisation au près des femmes avec l'aide précieuse des filles de l'autre groupe(pour les démonstrations) ou pendant qu'elles les a aidé à son tour, les garçons ont fait de la prévention au près des hommes dans les rues de la ville, en leur posant des questions au sujet du VIH qu'ils ont rédigés sous la forme d'un questionnaire, en s'inspirant des différentes causeries, émissions radios et discussions avec les docteurs du pays auxquelles ils ont assisté.

Voici les questions posées lors de la sensibilisation de rue à Kolandiéba. Évidemment, Eduardo et Gregory n'ont pas exactement utilisé les termes ci-dessous et ont adapté les questions et les mots utilisés selon chaque personne/groupe rencontrés.

1) *Connaissez-vous/Que savez-vous sur la maladie du SIDA (SIDABana en Bambara) ?*

Cette première approche leur a permis de voir ce que la personne savait et comment orienter la suite de la discussion. La plupart du temps, les gens avaient tous une opinion sur la maladie

2) *Sur 100 personnes, selon vous, combien sont atteints du VIH au Mali?*

Cette question leur a permis d'aborder l'aspect épidémiologique de la maladie.

3) *Connaissez-vous les modes de transmissions de la maladie?*

Ils ont été frappé de voir que la majorité des personnes connaissait la transmission sanguine. Ils répondaient presque tous « qu'on pouvait attraper le VIH en se coupant avec un couteau souillé de sang contaminé. » Peu d'entre eux ont parlé spontanément de la transmission sexuelle. Tabou ou ignorance?

4) *Savez-vous comment le virus s'y prend pour infecter une personne?*

Personne n'a su répondre à cette question. Les garçons ont donc essayé d'expliquer la pathogénèse du virus en utilisant la métaphore du pays sans armée que nous avons employée lors de nos émissions radio.

5) *Comment peut-on reconnaître quelqu'un qui est infecté par le virus?*

Les réponses qu'ils ont eues concernent surtout l'apparence physique des personnes atteintes, notamment leur maigreur. Une seule personne leur a dit qu'il était très difficile et a mentionné le dépistage.

Les garçons ont abordé la notion de latence clinique et ont fait la transition avec le dépistage comme seul moyen fiable.

6) *Savez-vous où il est possible de faire un dépistage?*

La plupart des personnes savaient qu'il était possible de le faire gratuitement dans un centre de santé

7) *Savez-vous comment guérir du SIDA? Où obtenir un traitement?*

La population semblait bien informée à ce sujet, sauf sur la gratuité du traitement, sur laquelle Greg et Eduardo ont mis beaucoup de poids.

8) Connaissez-vous les trois moyens de prévention contre le VIH? Lequel est le meilleur selon vous?

Les réponses à cette question sont intéressantes. Une personne leur a par exemple répondu qu'elle connaissait l'existence du préservatif mais qu'elle ne l'utilisait pas car cela procurait moins de sensations. Une autre personne leur a répondu la fidélité, mais affirmait ne pas pouvoir savoir si sa femme l'était.

9) Concernant le préservatif:

- a. qu'en pensez-vous?*
- b. comment fonctionne-t-il?*
- c. où peut-on s'en procurer?*
- d. quand l'utiliser?*

Là les garçons ont mis l'accent sur l'usage unique du préservatif et le fait qu'il était possible de s'en procurer dans les centres de santé pour une faible somme. Ils en ont également profité pour en distribuer aux intéressés.

10) Selon vous, quel serait la meilleure solution pour lutter contre le SIDA?

Cette question était de loin la plus intéressante au niveau de la diversité des réponses obtenues. Une personne leur a dit qu'il fallait que les médecins occidentaux trouve un médicament qui guérisse totalement le malade. Une autre, moins idéaliste sans doute, a parlé de sensibilisation par les médias et a accentué le fait que l'accès à Internet pourrait être bénéfique à l'information de la population rurale concernant le VIH.

Cette sensibilisation de rue fut une réussite et nous a permis de nous rendre compte de la représentation de la maladie du SIDA par la population locale. Nous avons pu avoir de longs et intéressants échanges avec certaines personnes. Par exemple, un homme très curieux qui semblait bien informé leur a posé beaucoup de questions sur la transmission de la maladie, demandant par exemple si il était possible d'attraper la maladie en portant des vêtements souillés, ou si la transmission se faisait également par l'allaitement. Par contre, la communication bidirectionnelle était plus compliquée lorsque la personne en face d'eux ne savait rien sur la maladie. Mais la seule véritable difficulté à laquelle ils se sont heurtés fut lorsqu'un homme refusait catégoriquement la discussion en pointant du doigt le préservatif et disant que le SIDA se trouvait dedans. Les garçon n'ont pas trop su comment répondre à cela à part par d'inévitables « pas du tout » et des explications sur ce qu'est véritablement la maladie. Mais le « véritablement » semblait totalement dénué de sens et de pertinence dans cette situation.

Par la suite, tout le groupe est allé parler avec le Maire au sujet de la troupe de théâtre, car nous avons souhaité faire une représentation avec elle. Cette troupe traite des sujets comme le SIDA et fait de la prévention de façon ludique, ceci nous a beaucoup intéressé. Malheureusement, cette troupe c'est dissociée, la plupart des acteurs sont de jeunes femmes qui se sont mariées et chacune est partie vivre dans la famille de son mari, ce qui fait qu'il a été impossible de les retrouver et de les réunir pour redonner vie à la troupe.

Nous avons dû abandonner cette idée, mais nous avons toujours le désir de refaire une émission radio, surtout après le succès de la première. Nous sommes donc aller voir quelles sont nos possibilités, et nous avons opté pour la radio communautaire de Kolondiéba, qui nous a proposé une heure d'émission santé. Là, le système est différent de Niakourazana, l'émission n'est pas en

directe, il faut d'abord l'enregistrer et c'est seulement après qu'elle passe à la radio. Nous avons donc commencé à préparer notre émission, pour cela nous avons repris le schéma de la première émission, mais nous l'avons un peu modifié, pour l'adapter à notre nouvelle cible, la population de Kolondiéba et des autres villes aux alentours. Nous nous sommes permis d'utiliser un vocabulaire un peu plus médical et sommes allés légèrement plus loin dans les explications du SIDA. Tous ces changements, nous les avons faits à l'aide du Dr. Diarra, qui est un des médecins du centre de référence de Kolondiéba. Nous avons enregistré notre émission un après-midi au centre de santé, l'animateur radio a été présent et cette fois si c'est le Dr. Diarra qui a fait la traduction en Bambara.

Nous avons profité d'un dimanche, jour de congé, pour retourner à Niakourazana pour voir l'avancée de la maternité. Une fois sur place, nous avons pu constater que les maçons ont bien travaillé, la maternité a déjà bien avancée, nous nous sommes senti fiers et heureux d'avoir investi dans cette construction.

Les derniers jours de stage, nous les avons passés au centre de référence de Kolondiéba. Arrivés à la fin de notre stage, nous sommes nostalgiques, nous avons dû nous séparer de beaucoup de personnes, d'amis, qui nous ont énormément aidé à remplir nos objectifs, mais aussi à nous intégrer dans cette culture si différente de la notre, mais si enrichissante. Il nous reste encore une semaine au Mali, nous voulons en profiter pour faire un peu de tourisme, les filles ont donc décidé de partir pour le Pays Dogon et les garçons pour Sikasso et quelques jours supplémentaires à Bamako.

Mosquée au Pays Dogon



Un des superbes paysages que nous avons pu admiré au Pays Dogon

Conclusion

Ce stage nous a tous marqué à jamais et nous terminerons ce rapport en soulignant les points positifs du stage ainsi que les principales difficultés que nous avons pu rencontrées.

Le plus important est le fait que nous aillons réussi à remplir nos objectifs, ce qui nous rend très heureux et nous a permis de nous sentir utiles. En effet, nous avons participé à toutes sorte de sensibilisations sur le thème du SIDA et nous avons pu en apprendre d'avantage sur le système de santé en brousse, dans des établissements de premier et second ordre. Qui plus est, les gens se sont toujours montrés très accueillants et nous ont aidé à nous sentir à l'aise. Le fait d'avoir découvert une nouvelle culture constitue une énorme satisfaction.

Les difficultés se trouvaient surtout au niveau de la communication, la barrière linguistique ne nous a pas toujours facilité la tâche dans l'entreprise de nos sensibilisations. Rajoutons peut-être quelques problèmes d'organisation de la part de l'ONG au début du stage et la difficulté de trouver ses marques très rapidement afin de s'habituer à ce nouveau style de vie.

Nous garderons tous d'innombrables et fantastiques souvenirs de cette expérience et d'ailleurs nous avons gardé contacte avec bien des personnes que nous avons connues au Mali.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de notre stage. En particulier le Dr Ali Goïta, qui nous a encadré et permis la réalisation de la plupart de nos objectifs. Michèle Gentet, la présidente de l'ONG MEDES/SAPCOM en Suisse ainsi que sa trésorière, Annick. Aïcha, notre chère secrétaire à Bamako, ainsi que toute l'équipe de l'ONG. Evidemment, un grand merci à Oumar Mariko, président de l'ONG au Mali et aussi au deuxième groupe Mali qui est composé de Stéphanie, Sandra et Eléonore pour leur précieuse aide. Sans oublier de remercier M. Chastonay ainsi que tout le comité qui nous ont permis de vivre cette expérience inoubliable.

