

IK Notes

Banque Mondiale

N° 62 Novembre 2003

Mali: Savoirs traditionnels et réduction de la mortalité maternelle et infantile

La mortalité maternelle et infantile reste encore très élevée au Mali, en dépit des efforts techniques, organisationnels et financiers faits par le ministère de la santé et les donateurs durant ces dix dernières années. Les données fournies par les trois EDS sont éloquentes à cet égard: la mortalité infantile, qui était de 108 ‰ (EDS I, 1982-1987), a atteint 123 ‰ (EDS II, 1996) pour se stabiliser à 113 ‰ (EDS III, 2001); la mortalité maternelle est montée de 577 décès pour 100.000 naissances (EDS II, 1996) à 582 décès (EDS III, 2001).

Le recyclage des accoucheuses villageoises (AV)

Depuis les années 80, de nombreuses tentatives de " recyclage " des AV et des matrones ont été soutenues par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et d'autres agences de coopération bilatérale et multilatérale, comme mesure provisoire, en attendant la formation de plus de professionnels de la santé pour prendre en charge les fonctions d'aide à l'accouchement. Les résultats obtenus de ces différents programmes n'ont pas répondu aux attentes pour beaucoup de raisons, dont les suivantes:

- la " représentativité " réelle des AV formées: bien souvent, le choix de ces femmes s'est fait sans tenir compte de certains critères socio-culturels importants (tels que l'âge, le nombre d'enfants qu'a eu la femme, la participation des autorités traditionnelles au choix, etc.,)
- la méthodologie de formation, qui était souvent unidirectionnelle, n'a pas toujours pris en compte l'expérience des AV, ni les savoirs traditionnels existants;
- la performance des structures modernes de santé: souvent, une femme en travail qui est référée au centre périphérique de santé, ou même au Centre Sanitaire du District, ne pouvait pas toujours y trouver la solution satisfaisante attendue;
- l'absence d'un système efficace et accessible de transport; et
- le coût élevé des opérations chirurgicales, là où ces services étaient disponibles: il n'existait aucun système de partage des coûts pour aider à payer les frais d'évacuation.

IK Notes fournit des rapports périodiques sur les Initiatives en matière de développement des Savoirs Locaux (IK) en Afrique Sub-Saharienne. Il est publié par le Africa Region's Knowledge and Learning Center

dans le cadre d'un partenariat en cours d'établissement entre la Banque mondiale, les communautés, les ONG, les institutions de développement et les organisations multilatérales. Les opinions exprimées dans le présent article sont celles des auteurs et ne devraient en aucun cas être attribuées au Groupe de la Banque mondiale ou ses partenaires dans cette initiative. Une page web sur les IK est disponible à l'adresse : // www.worldbank.org/afr/ik/default.htm

Les AV et les urgences obstétriques

L'expérience menée par les auteurs concerne l'information et l'organisation des AV pour la prise en charge des urgences obstétriques en tenant compte de leur rôle et de leur expérience traditionnels. Bien que l'expérience menée ne soit pas une nouveauté en soi, elle a été effectuée dans un nouveau contexte avec une méthodologie et des approches différentes.

Durant ces dernières années, partout au Mali, des efforts énormes ont été faits pour mettre en place un système de prise en charge des urgences obstétriques: dans ce cadre, les Centres de Santé de Référence (CSRéf) et les Centres de Santé Communautaires (CSCCom) ont été renforcés par l'affectation de ressources humaines et techniques appropriées: équipe chirurgicale, salle d'opération, ambulance, réseau de télécommunication RAC. En outre, un système de partage des coûts permet de financer en même temps l'évacuation sanitaire et les frais d'opération chirurgicale.

Dans ce nouveau contexte, l'analyse des différentes évaluations effectuées montre que l'accès à ce système demeure toujours très loin des attentes. L'objectif était donc de valoriser les savoirs traditionnels en matière de surveillance des grossesses et d'aide à l'accouchement.

Les activités ont été menées dans un contexte caractérisé par les particularités suivantes:

- un faible taux d'utilisation dans les CSCComs des services de santé maternelle et infantile en général, et des services obstétriques en particulier, en raison non seulement d'obstacles d'ordre économique et d'accessibilité, mais également d'obstacles culturels et traditionnels;
- l'existence, dans tous les villages, d'un système traditionnel de prise en charge des accouchements centré sur les AV, qui pratiquaient cette fonction bien avant la création des Centres de Santé et qui jouissaient du respect et de la confiance de toute la communauté villageoise;
- la nature imprévisible du déclenchement d'un accouchement, l'éloignement de certains villages et les difficultés de transport, qui font que beaucoup de femmes de ces villages situés très loin du CSCCom accouchent leurs bébés à la maison, même si elles auraient souhaité les accoucher à la maternité du centre de santé;
- l'existence dans les Districts d'une organisation des guérisseurs traditionnels (dont les AV sont membres à part entière) qui commencent à s'organiser et qui sont généralement ouverts à la collaboration avec les services modernes de santé; et
- l'existence dans les Districts d'un système opérationnel et accessible de prise en charge des urgences obstétriques, et la nécessité absolue de faire en sorte que le plus grand nombre possible de femmes profite de ce système.

C'est sur la base de ces constats qu'il a été estimé possible et utile d'essayer de développer une collaboration étroite entre le système traditionnel de surveillance de la grossesse et d'aide à l'accouchement, dont les AV sont les protagonistes, et le système moderne de prise en charge des urgences obstétriques. L'objectif principal de cette collaboration serait de détecter les cas critiques et de les référer à temps. En outre, il faut reconnaître le rôle très significatif que les AV peuvent jouer pour lever obstacles

culturels à l'accès à la santé moderne et dont les matrones des CSComs pourraient bénéficier.

Cela signifie principalement impliquer davantage les AV en valorisant leurs connaissances, leur savoir-faire, et leur rôle traditionnel dans les villages pour briser les barrières de la communication entre les femmes en travail et les CSComs et permettre ainsi un accès plus équitable et plus large au système de prise en charge des urgences obstétriques.

Méthodologie et approches

Il est évident que pour mettre en œuvre ces activités et atteindre les objectifs fixés, la définition d'une méthodologie à suivre, dans ce cas plus que jamais, est une question très délicate et très sensible. Bien que la valorisation mentionnée plus haut soit importante à toutes les occasions de réunion, elle est particulièrement importante lors des sessions de formation.

La formation mentionnée n'est pas une formation ou un recyclage du type classique, durant laquelle les formateurs essaient de transmettre des éléments de connaissance et de savoir-faire aux participants. Plutôt, c'est une formation qui doit faciliter un échange interculturel pendant lequel l'expérience, les compétences et même les certitudes de toutes les parties sont étudiées et valorisées, mais également, au besoin, mises en discussion. A cet effet, la méthodologie qui peut être recommandée est l'ouverture d'esprit, le respect mutuel, le courage de chaque partie pour se remettre en question, la disposition de tous à écouter et à apprendre, la reconnaissance par tous de leurs propres limites: c-à-d. essayer d'avoir des discussions franches et égalitaires pour trouver des solutions réalistes aux problèmes. L'utilisation du principe des échanges dynamiques peut aider dans l'analyse des cas critiques et concrets et dans l'identification des comportements positifs et

efficaces pour faire face à de telles situations.

Les expériences effectuées dans le District de Kolokani

Cette méthodologie et ces approches ont été expérimentées dans le District de Kolokani (Région de Koulikoro) qui était un des premiers Districts au Mali à mettre en place le système de prise en charge des urgences obstétrique. Ces activités ont été d'abord entreprises dans la zone d'intervention sanitaire de Massantola (1999) et, l'année suivante, dans les zones d'intervention de Sébécoro I, Ouolodo et Nonsombougou (2000) (Projet décentralisé de coopération avec *Terra Nuova* / Université de Turin – Italie). Ces zones d'intervention sanitaire ont été choisies en raison de leur manque de structures de référence/évacuation pour les urgences obstétriques.

Les activités ont été entreprises par l'équipe socio-médicale du Centre Sanitaire du District, avec l'appui d'un consultant en genre et médecine traditionnelle et d'un autre consultant en médecine traditionnelle et santé communautaire. L'objectif était particulièrement:

- d'informer les AV sur le fonctionnement et les modes d'accès au système de prise en charge des urgences obstétriques et d'enregistrer leurs expériences et leurs suggestions;
- d'identifier tous les signes d'alerte obstétrique critique et leurs équivalents dans les savoirs traditionnels, et déterminer le comportement approprié à adopter;
- de mettre en place un réseau villageois de surveillance et de référence rapide des cas obstétriques critiques, en encourageant la collaboration entre les systèmes de santé traditionnels et modernes;
- de reconnaître le rôle des AV dans la prise en charge de l'accouchement normal dans des conditions hygiéniques au village et leur donner les informations et l'équipement de

base nécessaires;

- de développer un dialogue interculturel entre les AV et les matrones pour la préservation de la santé maternelle et infantile, en déterminant leurs rôles respectifs; et
- de développer et mettre en place les instruments appropriés pour la collecte de données de monitoring, d'évaluation et d'impact.

Les premiers résultats demeurent convaincants, même si le manque de financement a empêché un monitoring approprié des activités et une évaluation précise de leur impact. Durant l'année qui a suivi les ateliers d'information et d'organisation des AV, comparé à l'année précédente, le taux des consultations prénatales dans les quatre zones d'intervention sanitaire a augmenté en moyenne de 53 pour cent à 58,9 pour cent, le taux des accouchements assistés est passé de 40,4 pour cent à 54,65 pour cent et le taux des cas référés et évacués est passé de 64,85 pour cent à 110,40 pour cent. Dans d'autres zones d'intervention sanitaire (Didjeni, Toussana et Sabougou) où cette activité n'a pas été entreprise mais qui, au début, avaient des taux satisfaisants de référence/évacuation, durant les mêmes périodes, le taux des consultations prénatales est tombé en moyenne de 64,57 pour cent à 58,47 pour cent et le taux des accouchements assistés est tombé de 51,8 pour cent à 47,7 pour cent. Néanmoins, il convient de noter que le taux des cas référés et évacués est monté de 125,93 pour cent à 185,67 pour cent.

Les activités effectuées dans le District de Kadiolo

La même approche a été utilisée dans la zone d'intervention sanitaire de Loulouni, District de Kadiolo, Région de Sikasso (2001), dans le cadre d'un programme de valorisation des

ressources de la médecine traditionnelle exécuté en collaboration par Intercoopération (Programme pour la gestion rationnelle des ressources naturelles *Jâkasi*) et l'IUED (Programme d'appui socio-médical Suisse-Mali), avec l'appui du Bureau de Coordination de la Coopération Suisse au Mali.

Les premières données disponibles sont également très significatives: les données du système d'information sanitaire concernant le premier trimestre de 2002, comparé au premier trimestre de 2001, montrent que les accouchements assistés par les AV ont augmenté de 66,6 pour cent, tandis que le nombre de femmes référées et évacuées s'est accru de 150 pour cent. Pour la même période, on note également une augmentation de 44,6 pour cent des accouchements effectués par le CSCCom; par contre, les consultations prénatales ont diminué de 19,2 pour cent.

Un atelier d'auto-évaluation assistée tenu en juillet 2002 a permis de tirer parti de ces acquis et de corriger les faiblesses identifiées. En effet, les données du troisième trimestre de 2002, comparées à celles du troisième trimestre de 2001, montrent que les accouchements assistés par les AV ont augmenté de 360 pour cent, tandis que le nombre de femmes évacuées a augmenté de 100 pour cent. Les accouchements effectués au CSCCom ont augmenté de 9,1 pour cent.

Pour la première fois, pendant la même période, les consultations prénatales ont augmenté de 95,3 pour cent: ce résultat a été réalisé grâce à la participation active des AV dans la stratégie d'animation mise en œuvre au niveau des villages. Les cas référés du CSCCom au CSRéf ont diminué de 60 pour cent: cet état de fait peut s'expliquer par une meilleure prise en charge, au niveau des CSCComs, des cas compliqués référés à temps par les AV.

Il s'agit maintenant, donc, de pouvoir tirer parti de l'expérience acquise, pour diffuser

les résultats atteints et mettre en place un système de monitoring/évaluation qui permettrait d'une part, de valider la méthodologie et les approches utilisées, et d'autre part, d'étendre l'activité à d'autres régions du Mali. Les auteurs espèrent participer à la définition d'une stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle et infantile qui prenne en compte, *entre autres*, les savoirs traditionnels disponibles sur le sujet.

Cet article a été écrit par le Dr. Rokia Sanogo, Consultant en Genre et Médecine traditionnelle, et le Dr. Sergio Giani, Consultant en Santé communautaire et Médecine traditionnelle, Aidemet Mali, BP 2174 – Bamako (Mali). Téléphone: (223) 6746534 Fax: (223) 2242904. E-mail: rosanogo@yahoo.fr; aidemet@ceconu.net

IK Notes

intéresserait également:

Nom _____

Institution _____

Adresse _____

Les lettres, commentaires, et demandes de publications doivent être adressées à:

Editor: IK Notes

Knowledge and Learning Center

Africa Region, World Bank

1818 H Street N.W., Room J5-055

Washington, D.C. 20433

E-mail: pmohan@worldbank.org