Valorisation du rôle des accoucheuses traditionnelles dans la prise en charge des urgences obstétricales au Mali

R. Sanogo[1*] et S. Giani[2]

Résumé

Les données de mortalité maternelle et infantile restent dramatiques au Mali, en dépit des efforts consenti par le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers : en 2006, selon l'Enquête Démographique et de Santé, le taux de la mortalité maternelle était de 464 sur 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile de 94‰. Pour faire face à cette situation, les auteurs ont élaboré et expérimenté depuis 1999 une méthodologie visant l'implication des accoucheuses traditionnelles (AT) dans la prise en charge des urgences obstétricales. Les activités ont été menées dans les Districts Sanitaires de Kolokani (Région de Koulikoro), Bandiagara (Région de Mopti) et Kadiolo (Région de Sikasso) avec l'appui de différents bailleurs de fonds.

Au centre des activités il y avait la tenue d'ateliers d'information et d'organisation des AT. L'objectif était de valoriser leurs connaissances et expériences en matière de prise en charge des accouchements au niveau des villages, pour les amener à s'occuper des accouchements normaux respectant les normes d'hygiène et à identifier et référer à temps les cas à risque.

L'analyse des données collectées a démontré que l'implication des AT a participé à améliorer l'accès des femmes aux services de surveillance de la grossesse, d'assistance à l'accouchement, de suivi post-natal et de vaccination des enfants.

Mots clés : Accoucheuses traditionnelles, mortalité maternelle, Mali

INTRODUCTION

Les mortalités maternelle et infantile demeurent au Mali très élevées, en dépit des efforts techniques, organisationnels et financiers consentis par le Ministère de la Santé et par les partenaires techniques et financiers au cours des vingt dernières années. Les données des Enquêtes Démographique et de Santé disponibles sont à cet effet édifiants : la mortalité infantile, qui était de 108 ‰ (EDS I, 1982-1987), a atteint 123 ‰ (EDS II, 1996), revenant à 113 ‰ en 2001 (EDS III, 2001) ; la mortalité maternelle passait de 577 décès maternels sur 100.000 naissances (EDS II, 1996) à 582 (EDS III, 2001).

En 2006, malgré la généralisation du système de prise en charge des urgences obstétricales et de la gratuité de la césarienne, le taux de mortalité maternelle était encore de 464 sur 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile de 94‰ (EDS IV, 2006). Dans ce cadre, l'atteinte des Objectifs du Millénaire à l'horizon 2015, demeure très difficile, les progrès réalisés jusqu'à présent étant très timides par rapport aux ambitions. Rappelons que l'objectif visé était la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle et de deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport aux taux actuels d'ici à 2015 (ONU, 2000).

Pour faire face à cette situation, les auteurs ont élaboré et expérimenté depuis 1999, en collaboration avec différents partenaires, une méthodologie et des approches visant l'implication des accoucheuses traditionnelles (AT) dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Selon la définition officielle, l'AT est "une personne qui est réputée dans son entourage pour aider les parturientes et dont la compétence provient d'un héritage familial ou de son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles" (PNMT, 2005). L'idée de base était d'organiser, avec une approche

Contact

1. Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie de l'Université de Bamako, BP 1746, Bamako (Mali)
2. Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle, ONG, Bamako

* Correspondance : rosanogo@yahoo.fr

pragmatique, un mécanisme de référence réciproque des cas critiques entre les systèmes traditionnel et moderne de suivi de la grossesse et de prise en charge de l'accouchement. Des outils de collecte de données ont été également mis en place, pour évaluer d'impact de l'implication des AT sur l'accès effectif des femmes au système de prise en charge des urgences obstétricales et aux services de surveillance de la grossesse, d'accouchement assisté, de suivi post-natal et de vaccination des enfants (Sanogo et Giani, 2003 et 2004).

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

A partir des années 1980, beaucoup d'expériences de "recyclage" des accoucheuses traditionnelles (AT) et de matrones villageoises ont été soutenues par l'OMS, l'Unicef, le FNUAP et d'autres organismes de coopération bilatérale et multilatérale. Ces différentes actions n'ont pas eu l'impact escompté sur la réduction des mortalités maternelle et infantile pour différentes raisons :

- la réelle représentativité dans les villages des AT recyclées : souvent les vrais AT n'ont pas été choisies. A leur place, d'autres femmes ont été formées, sans tenir compte des réalités socioculturelles (âge, nombre d'enfants, implication des autorités traditionnelles, etc.)
- la méthodologie de formation, souvent en sens unique, ne tenait pas toujours compte des expériences et des compétences des AT et ne valorisait pas suffisamment les savoirs traditionnels de santé
- l'efficacité des structures sanitaires modernes : une femme en détresse obstétricale référée aux Centres de Santé d'Arrondissement et de Cercle, ne trouvait pas toujours une solution adéquate
- le manque de suivi des activités des AT recyclées par les agents de santé et par les équipes techniques de référence
- le manque d'un système de transport efficace et accessible
- le coût élevé des prestations et des interventions d'urgence au niveau des Centres de Santé de Référence (CSRéf) : il n'existait pas un système de prise en charge solidaire des coûts d'évacuation et d'intervention.

A cause de ces faiblesses, cette stratégie a été pratiquement abandonnée, sans une analyse approfondie des vraies causes de son échec.

A la fin des années 90, un peu par tout au Mali un grand effort a été consenti par le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires techniques et financiers, en premier lieu l'Unicef, pour la mise en place d'un système de prise en charge des urgences obstétricales. Les CSRéf et les Centres de Santé Communautaires (CSCom) ont

Une accoucheuse traditionnelle de Kolokani

Trois accoucheuses traditionnelles de Sébékoro

été renforcés par l'adéquation des ressources humaines et techniques : équipes chirurgicales, blocs opératoires, ambulances et réseau de communication par RAC. En outre, un système de partage des coûts permettait la prise en charge solidaire des frais d'évacuation et d'intervention chirurgicale (Konaté, 2001).

Dans ce contexte, si une femme en détresse obstétricale arrivait au CSCom, l'infirmier pouvait appeler par RAC l'ambulance pour son transport au CSRéf, où une équipe chirurgicale pouvait la prendre en charge rapidement. La gratuité de la césarienne, instituée depuis 2006, a diminué ultérieurement la charge financière pour les femmes qui accédaient au système de prise en charge des urgences obstétricales.

Dans cette nouvelle situation, l'analyse des différentes évaluations disponibles a démontré que l'accès au système de prise en charge des urgences obstétricales restait encore en deçà des attentes (Konaté, 2001). Les réflexions sur les causes de ces résultats mitigés ont permis de mettre en évidence les aspects suivants :

- le faible taux d'utilisation des services de soins à la mère et à l'enfant et d'accouchement des CSCom, pour des raisons d'ordre économique, d'accessibilité géographique et aussi d'ordre culturel et coutumier

- le caractère imprévisible de la survenue d'un accouchement, l'enclavement de certains villages et les difficultés de transport, qui amènent beaucoup de femmes des villages éloignés du CSCom à accoucher à la maison, même si elles désiraient accoucher à la Maternité.

En effet, le système de prise en charge des urgences obstétricales ne prenait pas en compte certains atouts du système traditionnel de santé existant dans les villages :

- le système traditionnel de prise en charge des accouchements, basé sur les AT qui exerçaient depuis longtemps dans les villages avant la création des CSCom et qui bénéficiaient de la confiance des communautés villageoises

- les organisations des thérapeutes traditionnels, qui comprenaient les AT, et qui commençaient à se structurer, généralement assez ouvertes à la collaboration avec le système de santé moderne.

C'est sur la base de ces constats qu'il a été possible de développer une collaboration étroite entre le système traditionnel de suivi de la grossesse et d'assistance à l'accouchement et le système moderne de prise en charge des urgences obstétricales (Borrello, 2000).

Le but principal de cette collaboration était la détection et la référence rapide des cas critiques aux Centres de Santé. Les AT pouvaient aussi jouer un rôle très important pour briser les barrières culturelles d'accès aux soins de santé modernes. Il y avait certainement des aspects culturels et des approches traditionnelles de l'assistance à l'accouchement sur lesquels les AT devraient utilement échanger avec les matrones des CSCom et les Sages Femmes des CSRéf.

Il s'agissait d'impliquer davantage les AT, en valorisant leur savoir et savoir-faire et leur rôle dans les villages, pour briser les difficultés de communication entre les femmes en détresse et les CSCom et permettre ainsi un accès plus équitable et élargi au système de prise en charge des urgences. Les activités proposées, d'information et d'organisation des AT sur le système de prise en charge des urgences obstétricales, n'étaient pas une nouveauté en soi, mais elles se situaient dans un nouveau contexte. L'atteinte des objectifs visés demandait une nouvelle méthodologie et des approches nouvelles.

LES ZONES D'INTERVENTION

Les activités ont débuté en 1999 dans le Cercle de Kolokani (Région de Koulikoro), où il existait depuis 1997 un système de prise en charge des urgences obstétricales. Les premières actions ont concerné les aires de Santé de Massantola, Sébécoro I, Ouolodo et Nonsombougou, dans le cadre d'un Projet de Coopération Décentralisée avec l'Ong italienne *Terra Nuova* et l'Université de Turin. En 2001, l'activité a été réalisée dans l'aire de santé de Loulouni, Cercle de Kadiolo (Région de Sikasso) avec le soutien de la Coopération Suisse. En 2002 et 2003, l'intervention a concerné l'aire de Santé de Mory, Cercle de Bandiagara (Région de Mopti), avec le soutien de la Coopération Italienne et de l'Ong Italienne *Terra Nuova*. Toujours dans le Cercle de Kolokani, l'évaluation d'impact des activités précédemment réalisées dans les aires de santé de Massantola, Sébécoro I, Ouolodo e Nonsombougou a été menée en 2003 et, en 2004, des nouvelles actions ont été réalisées dans les aires de santé de Kolokani Central, Didiéni, Nonkon et Ségué. Ces actions ont bénéficié du soutien financier du Programme Savoirs Locaux de la Banque Mondiale. Du 2005 au 2008, d'autres actions ont été menées dans les aires de santé de Dioumaténé et Zégoua (Cercle de Kadiolo) grâce au soutien financier de la Coopération Suisse.

LA MÉTHODOLOGIE ET LES APPROCHES

Les actions ont été menées selon une méthodologie et des approches définies par la prise en compte des savoirs et savoir-faire des AT et par la valorisation de leur rôle dans les villages. Il ne s'agissait pas de formations ou recyclages classiques, au cours duquel les formateurs essayent de transmettre des éléments de connaissance et de compétence aux participants. Il fallait faciliter un échange interculturel au cours duquel les expériences, les compétences et même les certitudes des uns et des autres seraient étudiées et valorisées, mais aussi, si nécessaire, mises en discussion. Il était nécessaire de prendre en compte le rôle très important joué par le système de croyances et d'aptitudes traditionnelles lors d'un épisode en même temps naturel et mystérieux comme la venue au monde d'un nouvel être. Cependant, il était important de savoir que le système moderne

pouvait vraiment résoudre positivement des cas critiques face auxquels le système traditionnel était impuissant.

Dans ce contexte, il était prioritaire qu'un échange ouvert et fructueux puisse se réaliser ; pour ce faire, la méthodologie que nous avons recommandée était l'ouverture des esprits, le respect réciproque, le courage des uns et des autres à se mettre en discussion, la disponibilité de tous à écouter et à apprendre, la reconnaissance de la part de tous de ses propres limites : c'est-à-dire d'essayer de développer une discussion franche et paritaire pour trouver des solutions réalistes à des problèmes dramatiques. L'utilisation du principe d'échange dynamique a aidé dans l'analyse de cas critiques réels et concrets et dans l'identification de comportements positifs et efficaces pour y faire face.

Une équipe pluridisciplinaire, composée du médecin chef, de la sage-femme et du chef de Service du Développement Social du District, de l'infirmier et de la matrone du CSCom, des responsables de l'Association de Santé Communautaire (ASaCo) et des autorités communales, a toujours été impliquée dans les actions. Le rôle de l'équipe de *Aidemet* Ong a surtout été de faciliter la communication interculturelle. Pendant toutes les rencontres et les formations, il a été utilisé la langue nationale la plus utilisée dans la zone. Les étapes principales de la méthodologie utilisée sont présentées dans les paragraphes suivants.

1. Le choix des accoucheuses traditionnelles

Un élément fondamental pour la réussite des activités était la réelle représentativité des AT à impliquer dans le système. Il était important de faire intervenir des AT vraiment acceptées et reconnues au niveau des villages. Pour cela, les choix des AT ont été effectués en collaboration avec les autorités traditionnelles, les ASaCo et les thérapeutes traditionnels, en tenant compte des réalités socioculturelles des villages.

2. L'Atelier d'information et d'organisation des AT

Les ateliers d'information et d'organisation des AT sur le système de prise en charge des urgences obstétricales avaient pour objectifs de :

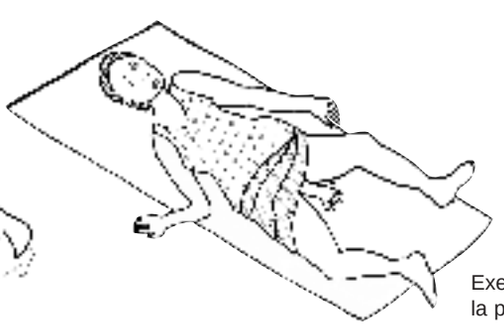
- informer les AT sur le fonctionnement et les modalités d'accès au système moderne de prise en charge des urgences, et recueillir leurs expériences et suggestions
- rappeler les étapes nécessaires pour assister les accouchements normaux respectant les normes d'hygiène
- identifier des signes critiques d'alerte obstétricale et leurs correspondances à niveau traditionnel et définir les comportements conséquents
- mettre en place, en collaboration entre les systèmes traditionnel et moderne de santé, un réseau villageois de surveillance et de référence rapide des cas obstétricaux critiques
- développer un dialogue interculturel entre les AT et les matrones pour la sauvegarde de la santé maternelle et infantile, en déterminant le rôle des unes et des autres
- élaborer et mettre en place un instrument adéquat de suivi, d'évaluation et de collecte de données.

Depuis 2005, nous avons introduit dans le programme de l'atelier un module permettant de mettre en évidence certaines difficultés d'accouchement liées à la pratique de l'excision.
Les ateliers ont été conduits selon les principes de l'échange dynamique, suivant les phases suivantes :

Phase 1 : Tester le niveau d'information des AT avec une question ouverte et enregistrer les réponses et les idées qui sortaient de l'assistance
Phase 2 : Donner l'information correcte et complète, en utilisant les réponses positives enregistrées
Phase 3 : Répertorier les difficultés pratiques rencontrées pendant l'activité quotidienne ;
Phase 4 : Lancer le débat sur les solutions possibles face aux difficultés répertoriées ;
Phase 5 : Récapituler les solutions pertinentes proposées et dégager des recommandations concrètes sur des comportements appropriés.

Pendant les ateliers nous avons utilisé le matériel suivant :

- des supports didactiques : une brochure à images sur les cas à référer et/ou à évacuer, une brochure à images sur l'accouchement propre, un mannequin et une boite à images de démonstration des conséquences de l'excision
- un cahier et des stylos pour l'enregistrement des données
- une chemise à rabat en plastique pour garder les différents documents
- un kit pour l'accouchement propre dans un petit seau en plastique : eau de Javel, alcool, savon, lames, gants, fil, pommade ophtalmique, etc.



Exemples tirés d'une brochure à images : la multipare et la présentation transversale

3. La collecte des données d'impact

Dans les mois qui ont suivi les ateliers, il a été nécessaire de suivre avec attention certains indicateurs pour mesurer l'efficacité du système mis en place, notamment :

- l'accès au système de prise en charge des urgences obstétricales
- les taux de couverture en prénatal et postnatal
- le nombre d'accouchements réalisés à la maternité
- le nombre d'accouchements propres réalisés par les AT au village
- le nombre de cas à risque référés par les AT.

Nous avons mis en place au niveau des AT un système d'enregistrement symbolique et autogéré des activités. Pour ce faire, des méthodes simples d'enregistrement ont été identifiées avec elles. Les données enregistrées par les AT ont été collectées par le Chef de Poste Médical (CPM) ou transmises au CSCom par les délégués villageois de l'ASaCo ou les relais communautaires lors des réunions mensuelles, pour leur prise en compte dans le Système d'Information Sanitaire aux différents niveaux.

4. Le suivi et la supervision

L'échec des activités précédentes dans ce domaine a été principalement déterminé par le manque d'accompagnement par les structures sanitaires de référence. C'est pour cela que, dans le cadre organisationnel défini lors de l'atelier, les activités des AT ont été intégrées dans l'ensemble du travail du CSCom dans l'aire de santé. Dans leur nouveau rôle, elles ont été suivies et appuyées par le personnel technique du CSCom, afin d'assurer un échange permanent et efficace entre les systèmes traditionnel et moderne de prise en charge des problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Il a été prévu d'assurer un suivi mensuel par le CPM pendant au moins un an. L'Equipe Socio-Sanitaire du Cercle devait effectuer des missions semestrielles de supervision aux CSCom et aux AT. Une attention particulière a été portée au renouvellement du kit pour l'accouchement propre, avec l'implication des ASaCo et des mairies.

Au-delà de la première année, le suivi devait être intégré aux activités de stratégie avancée du Chef de Poste Médical du CSCom prises en charge par l'ASaCo, de même que la supervision aux tournées périodiques de supervision de l'équipe du CSRéf.

5. Les ateliers d'auto-évaluation assistée

Entre 6 mois et un an après l'atelier d'information et d'organisation des AT, il a été prévu de réaliser, dans les aires de santé concernées, des ateliers d'auto-évaluation assistée pour évaluer et améliorer le système mis en place. Les objectifs des ateliers d'auto-évaluation étaient de favoriser des échanges permettant :

- la restitution aux AT des résultats de la collecte des données d'impact et des visites de supervision
- la récolte d'informations par rapport à la perception des AT et du personnel du CSCom du fonctionnement du système et des difficultés rencontrées
- l'élaboration participative de recommandation visant l'amélioration des activités à tous les niveaux.

L'atelier d'auto-évaluation assistée a donc été un outil pour faciliter les échanges, d'une part entres les AT, et d'autre part entre les AT et le personnel des systèmes conventionnel et traditionnel de santé, pour la capitalisation des résultats atteints et la recherche participative de solutions durables aux difficultés rencontrées.

6. Les tournées de mobilisation sociale

Après les ateliers d'auto-évaluation assistée, il a été décidé de visiter les villages qui présentaient des difficultés et/ou qui ne

Echange avec les accoucheuses traditionnelles à Mory

Un atelier à Sébékoro

référaient pas suffisamment de femmes à risque et/ou dont les femmes arrivaient en retard au niveau des CSCom.

Au niveau de chaque village, l'équipe s'est rendue chez le chef qui a convoqué les autorités traditionnelles, les AT qui avaient participé aux activités, ses conseillers, les chefs de famille, des habitants du village (hommes, femmes et jeunes) et les relais communautaires.

L'objectif était d'obtenir l'adhésion des autorités villageoises et de la communauté aux activités des AT dans la prise en charge des urgences obstétricales, notamment le respect de leurs indications de référer ou d'évacuer les cas d'accouchement à risque.

Les visites ont été l'occasion de :

- valoriser le rôle des AT au niveau des villages et renforcer leur crédibilité
- vérifier le système de renouvellement du petit matériel pour l'accouchement propre effectué au village par les AT
- s'assurer de l'implication des AT aux activités de stratégie avancée menées au niveau du village par le personnel du CSCom
- inventorier les difficultés rencontrées et les stratégies de réponse de la communauté villageoise pour y faire face.

Il était important de faire comprendre aux autorités villageoises que l'amélioration de l'efficacité du système de référence/évacuation des urgences obstétricales était une priorité au Mali et que sa réussite passait par leur pleine adhésion et leur soutien aux indications des AT, permettant la création de canaux de communication et de collaboration entre les systèmes moderne et traditionnel d'assistance à la grossesse et à l'accouchement. Il fallait également insister sur une implication participative du bas vers le haut de toutes les ressources disponibles dans les villages pour assurer l'accès rapide des femmes en détresse obstétricale à des soins de qualité à un coût abordable.

Le kit remis aux accoucheuses traditionnelles

Une équipe d'animation

7. Les ateliers d'échanges intercommunautaires

Ces ateliers étaient prévus environ un an après l'atelier d'information et d'organisation des AT sur le système de prise en charge des urgences obstétricales. Ils ont été des espaces d'échanges intercommunautaires entre tous les acteurs impliqués dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile des Districts Sanitaires. La méthodologie utilisée a toujours été basée sur les principes de l'échange dynamique et la communication interculturelle, pour rendre possible un débat ouvert et paritaire entre les acteurs des différents niveaux : village, CSCom, CSRéf. Les échanges ont servi à consolider davantage la collaboration pour améliorer le système et à élargir les actions aux aires de santé non couvertes. La participation du niveau régional a été importante pour la dissémination de la stratégie à d'autres districts sanitaires.

8. Les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

Depuis 2005, nous avons introduit dans le programme des ateliers d'information et d'organisation des AT un module sur les MGF. En effet, certaines AT sont souvent aussi exciseuses. Le module a permis d'attirer leur attention sur certaines conséquences de l'excision sur la vie reproductive des femmes et sur la nécessité de ne plus perpétuer cette pratique sur les fillettes d'aujourd'hui qui seront les mères de demain. Nous pensions que les AT seraient dans une bonne position pour faire le lien entre certaines conséquences de l'excision et certaines difficultés qu'elles gèrent au moment de l'accouchement.

LES RÉSULTATS

En général, les résultats obtenus sont probants, même si l'intermittence des financements et la discontinuité de présence sur le terrain ont empêché un suivi adéquat des activités et une évaluation d'impact à la hauteur des souhaits. Dans les paragraphes suivants, nous présentons les données disponibles.

1. Cercle de Kolokani

Premiers résultats

Dans les aires de santé de Massantola, Sébécoro I, Ouolodo et Nonsombougou, pour l'année qui a suivi les ateliers d'information et d'organisation des AT par rapport à l'année précédente, le taux des consultations prénatales est passé en moyenne de 53% à 59%, le taux d'accouchements assistés est passé de 40% à 55% et le taux de cas référés et évacués est passé de 65% à 110%. C'est-à-dire que tous les cas de risque obstétrical ont eu accès au système de prise en charge des urgences. Dans les aires de santé de Didiéni, Toussana et Sabougou, où l'activité n'avait pas été menée, pour les mêmes périodes, le taux des consultations prénatales est passé en moyenne, de 65% à 58% et celui des accouchements assistés est passé de 52% à 48%.

Données du Système d'Information Sanitaire 2003

En 2003, nous avons collecté les données du Système d'Information Sanitaire (SIS) de l'année précédant la réalisation des ateliers d'information et d'organisation des AT ainsi que des trois années suivantes, pour les quatre premières aires où les activités ont été menées et pour trois aires témoins.

Le taux de consultations prénatales est passé en moyenne, pour les aires couvertes par les activités, de 56% à 98% pour la troisième année après l'atelier. Pour les aires non couvertes, il est passé de 59% à 88%.

Le taux d'accouchements assistés est passé en moyenne, pour les aires couvertes par les activités, de 40,01% à 62,92%. Pour les aires non couvertes, le taux est passé de 46,76% à 43,59%.
Le taux de couverture de la première vaccination anti-Poliomyélite (Polio 0) est passé en moyenne, pour les aires couvertes par les activités, de 35,51% à 62,25%. Pour les aires non couvertes, le taux est passé de 34,22 % à 48,06%.

Le taux de référence d'évacuation est passé en moyenne, pour les aires couvertes par les activités, de 62% à 102%. Pour les aires non couvertes, le taux est passé de 107 % à 100%.

Trois ans après l'atelier, l'impact des ateliers était encore appréciable. Nous avons relevé en effet des différences statistiquement significatives entre les aires couvertes par les activités et les aires non couvertes.

2. Cercle de Kadiolo

Aire de Santé de Loulouni

La comparaison entre les données cumulées de l'année 2002, par rapport à l'année 2001 pendant laquelle l'atelier a été réalisé, présente une augmentation de 44 % des évacuations du CSCom au CSRéf et une diminution relative des références de 22 %. La somme des cas référés et évacués est stationnaire. La diminution des cas référés peut s'expliquer par une meilleure prise en charge au niveau local des cas compliqués référés à temps par les AT. Il est à noter l'augmentation de 125% des accouchements assistés par les AT. Les accouchements à la maternité ont aussi augmenté de 65%. Le total des accouchements assistés (AT + maternité) a ainsi augmenté de 87%. Les consultations prénatales ont augmenté de 59% : ce résultat a été obtenu à travers l'implication active des AT dans la stratégie avancée au niveau des villages. La couverture vaccinale des nouveau-nés (Polio 0) a augmenté de 134%. Il faut noter que les consultations curatives ont connu aussi une augmentation de 16%. Ces données sont d'autant plus significatives, que les activités curatives et préventives du CSCom de Loulouni ont été fortement perturbées pendant cette période par les problèmes liés à la crise politique et sociale de la République limitrophe de Côte d'Ivoire.

Aire de Santé de Dioumaténé

Nous avons collecté et analysé les données du SIS de l'année précédant la réalisation des ateliers d'information et d'organisation des AT et des années suivantes.

Le taux de consultation curative est passé de 0,38 nouvelles consultations par personne et par an pour l'année 2004 à 0,46 pour l'année 2007. Le taux de consultation prénatale est passé de 115% en 2004 à 126% en 2007. Le taux des accouchements assistés est passé de 69% en 2004 à 86% en 2007. Le taux de consultation post-natale est passé de 57% en 2004 à 73% en 2007. Le taux de référence évacuation et le taux de couverture vaccinale des enfants sont restés au-dessus de 100% pendant toute la période.

Les taux supérieurs à 100% s'expliquent par la sous-estimation de la population de l'aire de santé.

Aire de Santé de Zégoua

Nous avons collecté et analysé les données du SIS de l'année précédant la réalisation des ateliers d'information et d'organisation des AT et des années suivantes. Dans l'aire de santé de Zégoua, les activités sanitaires ont été fortement perturbées par les difficultés en Côte d'Ivoire et par la crise cotonnière.

Le taux de consultation curative était de 0,36 nouvelles consultations par personne et par an en 2004 ; il est descendu à 0,24 en 2006 pour remonter à 0,31 pour l'année 2007. Le taux de consultation prénatale était de 133% en 2004 ; il est descendu à 81% en 2006 pour remonter à 120% en 2007. Le taux des accouchements assistés était de 111% en 2004 ; il est descendu à 66% en 2006 pour remonter à 75% en 2007. Le taux de consultation post-natale était de 70% en 2004 ; il est descendu à 63% pour remonter à 72% en 2007. Le taux de référence évacuation et le taux de couverture vaccinale des enfants sont restés au-dessus de 100% pendant toute la période.

Les taux supérieurs à 100% s'expliquent par la sous-estimation de la population de l'aire de santé.

3. Aire de Santé de Mory (Cercle de Bandiagara)

Une évaluation effectuée en 2003, une année après le déroulement de l'atelier, a permis de collecter les données suivantes :

- sur 130 naissances vivantes auprès des AT au village, on a enregistré 10 décès d'enfants soit un taux de 77‰. Dans les 10 ans précédant l'EDSM III, pour la région de Mopti, la mortalité infantile (entre 0 et 1 an) était de 159‰ contre 126‰ au niveau national. Ce taux semble faible par rapport aux données régionales et nationales ; il faut cependant essayer de comprendre les causes de ces décès afin de les éviter

- sur 137 femmes en grossesse suivie par les AT, 7 ont été référées au CSCom soit 5% supérieur aux taux de risques obstétricaux attendus qui est estimé à 2% des naissances.

© Aidemet ONG, Bamako (Mali)

La moto ambulance à Fanidiama

ANALYSES ET DISCUSSION

L'expérience a été effectuée dans un nouveau contexte, avec une méthodologie et des approches nouvelles, permettant l'implication effective des AT dans la prise en charge des urgences obstétricales.

L'idée de base derrière ces expériences était d'organiser, avec une approche pragmatique, un mécanisme de référence des cas critiques entre les systèmes moderne et traditionnel de soins et d'en évaluer l'impact sur les différents problèmes prioritaires de santé publique. Pour ce faire, il était nécessaire que les deux systèmes reconnaissent réciproquement leurs rôles et capacités, et aussi leurs propres limites. L'articulation entre les deux médicines peut fonctionner s'il y a, d'un côté, un système de santé moderne efficient, efficace et accessible géographiquement et économiquement et de l'autre, un système de médecine traditionnelle organisé et prêt à la collaboration.

Dans le domaine critique de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, certaines études récentes menées au niveau international (Bergrström et Goodburn, 2001) confirment que les principaux bénéfices de la formation des AT semblent être liés à l'amélioration de la référence et des liens avec le système de santé en place, mais seulement là où les services obstétricaux essentiels sont accessibles et fonctionnels. Par ailleurs, d'autres affirment (Graham et al, 2001) que l'analyse des corrélations met en évidence les inconsistances du postulat du lien entre mortalité maternelle et assistance qualifiée à l'accouchement et souligne l'importance de l'accès à temps utile à des soins obstétricaux de qualité.

Nos expériences confirment qu'une intégration du bas vers le haut de toutes les ressources disponibles peut vraiment avoir un impact important sur la diminution des souffrances des mères et des nouveau-nés. Pour ce faire, le système intégré doit comprendre :

- des AT informées et écoutées dans les villages
- des Centres de Santé Communautaires efficients et accessibles dans les aires de santé ;
- des Centres de Santé de Référence de District équipés et performants
- un système de communication et de transport fiables entre les différents niveaux
- des mécanismes de solidarité permettant un coût réduit pour les femmes en détresse.

Nous avons ainsi démontré que les AT dans les villages pourraient constituer le vrai premier échelon de la pyramide sanitaire (Sanogo et Giani, 2003 ; 2004).

L'approche proposée ne concerne pas exclusivement la santé maternelle et infantile : l'utilisation rationnelle des savoirs et savoir-faire locaux de santé et la création d'un système de référence et de contre-référence entre les systèmes conventionnel et traditionnel de santé peuvent participer à la prise en charge rapide à coût abordable d'autres pathologies fréquentes (Covolo, 2002 ; Diakité et al., 2004 ; Diallo et al., 2007). Nous pourrions ainsi nous attaquer aux problèmes prioritaires de santé publique en utilisant de façon coordonnée et organisée, avec une approche pragmatique sur les cas critiques, toutes les ressources disponibles localement. Pour ce faire, il faut une reconnaissance et une acceptation réciproque des potentialités et des limites des deux médecines.

En outre, l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle organisée dans les soins de santé primaires peut contribuer à une plus grande participation des communautés villageoises dans la gestion solidaire de la santé. Les thérapeutes traditionnels et les AT pourraient aussi être très efficaces et écoutés dans une stratégie d'information, d'éducation et de communication pour la santé dans le village.

Par ailleurs, certains auteurs affirment que, si la présence ou l'absence de soins est décisive pour la santé des individus, l'élément clé pour la santé des populations se trouve par contre dans la qualité de son environnement physique et social (Evans, 1999) et que la santé d'une population dépend fondamentalement de sa cohésion sociale (Papart et al, 2001). Une ancienne étude a démontré (Hill, 1984) que dans certaines sociétés traditionnelles du Mali le taux de mortalité des enfants des groupes les plus pauvres n'était pas plus élevé que celui des plus riches. Dans ces sociétés traditionnelles, la richesse ou la pauvreté n'étaient pas des facteurs déterminant de la santé car le système social permettait l'intégration des uns et des autres dans un modèle de société solidaire universellement accepté.

Si cela est vrai, nous pensons qu'au Mali, un des déterminants fondamentaux de la santé est la sauvegarde des valeurs de solidarité et d'entraide ainsi que le maintien des liens sociaux traditionnels. En cela, les acteurs de la médecine traditionnelle participent à la sauvegarde des valeurs positives de la tradition locale.

CONCLUSION

La diminution de la mortalité maternelle et infantile et l'amélioration de l'efficacité du système de référence/évacuation des urgences obstétricales restent une des priorités de la santé au Mali. C'est pour cela que les activités proposées ont toujours reçu l'adhésion des responsables des équipes socio-sanitaires et des populations. Cette adhésion des acteurs locaux de la santé a assuré l'efficacité et la pérennité de l'action.

Les activités réalisées démontrent qu'il est possible d'atteindre l'objectif de l'amélioration du système de prise en charge des urgences obstétricales, à travers la création de canaux de communication et de collaboration entre les systèmes moderne et traditionnel d'assistance à la grossesse et à l'accouchement.

Il s'agit d'intégrer de façon participative du bas vers le haut toutes les ressources disponibles sur le territoire, pour assurer l'accès rapide des femmes en détresse obstétricale à des soins de qualité à un coût abordable. Pour ce faire, on ne répétera jamais assez que le point crucial pour l'efficacité du système proposé est la préservation du rôle socioculturel des AT dans les villages. Les échanges intercommunautaires et les tournées de mobilisation sociale réalisés ont été très utiles et efficaces dans ce sens.

Il faut faire très attention à ne pas transformer les AT en des agents de santé moderne de premier niveau, mais de leur faire jouer le rôle du premier maillon de la chaîne qui commence au village avec le système traditionnel et continue au CSCom et au CSRéf avec le système moderne. Il faut tout faire pour qu'une synergie et une concurrence positive s'installe entre mairies, chefferies traditionnelles, ASaCo et personnel des CSCom pour souligner davantage l'importance du travail des AT dans les villages : il faut faire en sorte que les paroles des AT, au regard des cas à référer et à évacuer, soient respectés et exécutés rapidement.

Il faut également qu'un système de transport fiable soit mis en place entre les villages de l'aire de santé et le CSCom : pour cela, *Aidemet* Ong est en train d'expérimenter la mise à disposition dans les villages de motos-ambulances pour le transport d'urgence des femmes.

L'élargissement de l'action ne comporte pas de contraintes ni de risques majeurs : l'approche intégrée et interculturelle a été expérimentée dans plusieurs aires de santé. L'adhésion et la disponibilité à collaborer des différents acteurs ont déjà été confirmées. Le renforcement des mécanismes de solidarité au niveau national et local devrait permettre la viabilité et la durabilité du système et l'accès des femmes les plus démunies et éloignées même en cas de crise.

Cependant, un choix politique fort et un apport technique et financier conséquent sont souhaitables, dans le cadre du transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux autorités communales (Primature, 2002) et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle (DMT/INRSP 2005).

Nous espérons avoir ainsi apporté notre contribution aux réflexions en cours sur l'amélioration de la santé des mères et des enfants et sur le renforcement des systèmes locaux de santé, dans le cadre de la relance des soins de santé primaires (Giani, 2006). Notre ambition est de participer à la construction d'une vision africaine, sociale et solidaire de la santé communautaire, à l'occasion du 30ème anniversaire d'Alma Ata (OMS, 1978).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bergrström S. et Goodburn E., Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle, dans *Réduire les Risques de la maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001, pp. 83-103.

Borello F., *Etude sur l'articulation entre les systèmes traditionnels et modernes de soins de santé dans le cadre de l'assistance à la grossesse et à l'accouchement*, Rapport de Stage, CIRSDe/Terra Nuova, Turin (Italie), 2000.

Covolo R., *Neoliberismo, sanità e valorizzazione delle medicine tradizionali nei PVS. Il caso della Republica del Mali*, Thèse, Facoltà di Sociologia, Università di Urbino (Italie), octobre 2002.

DMT/INRSP, *Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*, Bamako, 2005.

Diallo D., Diakité C., Mounkoro P. P., Sangaré D., Graz B., Falquet J. et Giani

S., La prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de santé de Kendié (Bandiagara) et de Finkolo (Sikasso) au Mali, *Mali Médical*, a. XXII, n° 4, 2007.

EDSM I, *Enquête démographique et de Santé au Mali 1987*, DHS, Columbia, Maryland (USA), 1989.

EDSM II, *Enquête démographique et de Santé au Mali 1995-1996*, DHS, Columbia, Maryland (USA), 1996.

EDSM III, *Enquête démographique et de Santé au Mali 2001*, CPS/MS, DNSI et ORC Macro, Calverton (USA), 2002.

EDSM IV, *Enquête démographique et de santé du Mali 2006*. CPS/DNSI et Macro International Inc, DHS, Calverton, Maryland (USA) 2006.

Evans R.G., *Why are Some People Healthy and Others not?*, Aldine de Gruyter Inc., New York, 1999.

Giani S., La santé communautaire au Mali, entre mondialisation et décentralisation, in *Working Papers on Local Knowledge*, n° 3, pp. 83-91, Point Sud, Bamako, 2006.

Graham W.J., Bell J.S. et Bullough C.H.W., *L'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement ?*, dans *Réduire les Risques de la maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, Studies in Helth Services Organisation & Policy, 18, 2001, pp. 105-139.

Hill A., *Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali*, Population, 6,1984, pp. 921-946.

Konaté D., *Amélioration de l'accessibilité aux soins d'urgence de 1ère référence par la mise en place de systèmes de solidarité à l'échelle du district sanitaire ; une des expériences en cours au Mali : le système de référence/évacuation du District Sanitaire de Kolokani*, Mémoire, IMT Prince Léopold, Antwerpen (Belgique), 2001.

OMS, *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care of Alma-Ata*, Genève, 1978.

ONU, *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*, Assemblée générale des Nations Unies, New York, septembre 2000.

Papart J.P., Chastonay P. et Froidewaux D., L'économie contre la santé : un devoir de résistance pour la santé publique, dans : *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIe siècle*, PUF, Paris (France), 2001, pp. 267-278.

Primature, Décret n° 02-314/P-RM du 14 juin 2002, fixant *Les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de Santé*, Bamako, 2002.

Sanogo R. et Giani S., *Mali : Traditional Knowledge and the Reduction of Maternal and Infant Mortality*, IK Notes, World Bank, n° 62, November 2003

Sanogo R. et Giani S., Quels rôles pour les accoucheuses traditionnelles dans la politique de santé au Mali, *Bulletin du CREDOS*, Bamako, juin 2004.