

EDITORIAL N° 2

Dans nos pays en voie de développement deux interventions ont un impact décisif sur le taux de mortalité infanto juvénile : la promotion de l'allaitement maternel exclusif et le programme élargi de vaccination. S'il est admis que l'allaitement maternel exclusif constitue un facteur puissant de lutte contre la morbidité et la mortalité infanto juvéniles il doit être alors encouragé, protégé vu ses nombreux avantages. Mais au Mali ce bénéfice est largement handicapé par de nombreuses pratiques traditionnelles. Une meilleure connaissance de ces comportements socio culturels sont nécessaires pour une meilleure IEC en vue d'un changement de comportement.

La vaccination constitue l'un des moyens les plus efficaces pour réduire le taux de mortalité infanto juvénile. Cela justifie largement la mobilisation de toutes les autorités du pays lors du lancement des 6e JNV à Baguinéda en octobre 2002 pour l'assaut final contre la poliomyélite.

Pour atteindre ses objectifs le CREDOS a développé une politique partenariale qui nous a permis de bénéficier de l'appui de la documentaliste de Bordeaux pour la conception et la mise en place des outils et moyens documentaires du CREDOS. Nous avons été aussi les premiers à exploiter le protocole d'accord de partenariat signé entre le Ministère de la Santé et la London School avec la venue de Simon Cousins pour appuyer le département de recherche du CREDOS. Cette politique partenariale est doublée d'une politique de renforcement des compétences. Dans ce cadre le documentaliste du CREDOS a pu bénéficier d'un stage au niveau de l'ISPED de Bordeaux.

En plus des JNV le deuxième semestre de l'année 2002 a été marqué par une série d'évènements ayant trait à l'enfant. Des activités importantes se sont déroulées concernant la promotion d'une culture de droits . L'UNICEF a élaboré un programme de promotion d'une culture de droits des enfants. Il contribuera à la construction d'une société respectueuse des droits des enfants et des femmes. Dans ce cadre s'inscrit la déclaration de naissance qui est un droit pour l'enfant pour qui connaît la portée d'un acte aussi simple.

L'impact social et économique lié au handicap des enfants survivants est énorme. Ce domaine est investi essentiellement par des ONG et des associations. Le CREDOS a voulu apporter sa contribution sous forme d'une synthèse bibliographique fournissant des informations qui intéresseront aussi bien les prestataires que les décideurs et les partenaires.

Pr Toumani Sidibé

EDITORIAL N° 3

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

Vu que la majorité de ces décès se produisent dans les communautés en l'absence de toute assistance et de tout système de soins de santé il faut penser à un système qui puisse servir de lien entre la famille dans la communauté et le centre de 1^{er} niveau. Quel rôle peuvent jouer les AT dans un tel système pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ? Cela reste un débat qui n'est pas encore clos. La scolarisation des filles est une stratégie efficace pour l'atteinte des objectifs du millénaire. Aussi toutes les initiatives sont les bienvenues pour augmenter le taux de scolarisation des filles. Les expériences entreprises par l'UNICEF dans notre pays sont rapportées. L'allaitement maternel dont les avantages sont multiples contribue à la réduction de la mortalité néonatale. Nous abordons un des aspects que sont les avantages psychoaffectifs.

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

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

Pr Toumani Sidibé

EDITORIAL N° 4

Sous l'impulsion de la Première Dame du Mali, Madame Touré Lobo Traoré, l'atelier technique de suivi de la vision 2010 a fait le point de la mise en œuvre des recommandations du forum de Bamako. Pour aboutir à une réduction drastique de la mortalité maternelle et néonatale il faut agir ensemble dans un partenariat dynamique et efficace gage de succès.

L'appel que nous avons lancé, pour susciter un débat sur le rôle des accoucheuses traditionnelles (AT) dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali, a été entendu par d'éminentes personnalités. L'ancien chef de la Division Santé de la Reproduction de la Direction nationale de la Santé devenue depuis Ministre de la Santé, Madame Maiga Zeinab Mint Youba?, Rokia Sanogo, consultante en genre et Sergio Giani, consultant coopération suisse ont bien voulu nous faire partager leur réflexion sur le sujet. Ces 2 visions loin d'être contradictoires sont complémentaires. En effet les AT sont solidement ancrées dans la communauté et jouissent d'une crédibilité sociale. Mais comment faire pour qu'elles participent plus efficacement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ? Pour apporter sa contribution le CREDOS va mener dans le cadre de sa mission une étude d'intervention à base communautaire pour réduire la mortalité néonatale due à l'asphyxie dans le district sanitaire de Kolokani sur financement de Save the Children Washington.

En appui aux programmes nationaux de survie de l'enfant le CREDOS vous rapporte sa participation à l'évaluation du CSRéf de Bla dans le cadre de l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés.

La campagne d'élimination du tétanos maternel et néonatal participe à cette réduction de la mortalité maternelle et néonatale. C'est pour cela que le bulletin du CREDOS a ouvert ses colonnes, à Madame Keita Rokia N'Diaye, ancien Ministre sortant de la Santé de nous faire le point de cette campagne au Mali.

Dans le numéro précédent on vous annonçait que la drépanocytose sortait enfin de l'ombre. Mais on aurait jamais pensé que les choses évolueraient aussi vite au Mali. En effet un plan stratégique national de lutte contre la drépanocytose vient d'être élaboré ainsi que des fiches techniques sous la conduite de la division nationale de lutte contre les maladies transmissibles avec l'appui de l'OMS. Des modules de formation à la prise en charge de la drépanocytose ont été conçus grâce à une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le CREDOS. Ces documents seront bientôt validés avant d'être disséminés.

Pr Toumani SIDIBE

L'appel que nous avons lancé été entendu par d'éminentes personnalités. L'ancien chef de la Division Santé de la Reproduction devenue depuis ministre de la santé, Madame Maiga Mint Youba Zeinab ? et Rokia Sanogo et Sergio Giani ont bien voulu nous faire partager leur réflexion sur le sujet.. Le débat que nous avons suscité autour du rôle des accoucheuses traditionnelles dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale nous a permis de recueillir deux positions (réactions ?) que nous vous livrons. Ces 2 réflexions loin d'être contradictoires se complètent. Les AT font partie du paysage malien au niveau communautaire. Mais que faire pour qu'elles participent plus efficacement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ?

Quels rôles pour les ATR au Mali ?

Tout au long de l'histoire et dans tous les pays la mortalité maternelle et néonatale a constitué et constitue un drame social, bien que le problème ne se présente plus dans les différents pays avec la même acuité. Au Mali, ce fléau est symbolisé par l'expression «...elle a succombé à la guerre des femmes ».

L'organisation de la lutte contre la mortalité maternelle a commencé de façon efficace au 19^{ème} siècle surtout en Suède, en Angleterre puis aux USA. Les études faites révèlent que les réductions considérables des taux de mortalité maternelle et néonatale obtenues sont le fruit du développement des techniques obstétricales au 20^{ème} siècle. Certes c'est par ce biais que les taux ont été réduits de façon raisonnable dans les pays développés ; Cependant, ils sont encore élevés dans ceux dits en développement.

C'est pour cela que depuis les années 80, la communauté internationale se mobilise pour accorder une plus grande attention à la question. Plusieurs conférences sur la

maternité sans risque, notamment celles de Nairobi en 1987, de Niamey en 1989, la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 au Caire, le forum sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale des Premières Dames en 2001 à Bamako, appelé « Vision 2010 » etc...ont produit des résolutions visant à réduire de façon substantielle la mortalité maternelle et néonatale.

<< Vision 2010>> a particulièrement l'ambition de réduire les ratios de mortalité maternelle et néonatale de 50% d'ici l'an 2010. Il s'agit là d'un véritable défi dont la relève passera par la recherche de stratégies pour mettre en place des programmes de maternité à moindre risque adaptés comprenant :

- l'assurance d'un accouchement assisté pour toutes les parturientes
- les soins obstétricaux d'urgence (SOU)
- la formation des accoucheuses traditionnelles ?

Cette dernière a largement été expérimentée dans les pays en développement et mérite aujourd'hui une analyse objective.

Qu'est- ce qu'une accoucheuse traditionnelle ?

Selon l'OMS, il s'agit d'une personne qui assiste la mère pendant l'accouchement et qui a initialement acquis ses compétences en faisant des accouchements elle – même ou en travaillant avec d'autres accoucheuses traditionnelles (AT).

Les atouts des accoucheuses traditionnelles (AT)

Pour beaucoup de familles, les accoucheuses traditionnelles représentent une alternative moins onéreuse, dans un contexte où l'accouchement à la maison semble être encore la « norme ». De même dans notre culture, les AT sont des membres respectés de la communauté où elles sont solidement ancrées et jouissent d'une crédibilité sociale. Elles constituent d'excellents relais communautaires, ont une compétence culturelle (confort, empathie) et jouent un rôle psychologique important au sein de leur communauté.

La formation des accoucheuses traditionnelles

La conférence d'Alma Ata en 1978 demeure l'un des repères majeurs dans la prise de conscience mondiale pour l'amélioration de la santé, par l'adoption de la politique des soins de santé primaires (SSP).

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, le Mali, à l'instar de beaucoup d'autres pays, a adopté comme stratégie directrice la lutte contre la mortalité maternelle, la formation/recyclage des accoucheuses traditionnelles. Les objectifs assignés aux ATR étaient de :

- Réaliser des accouchements avec plus d'hygiène et de sécurité ;
- Décourager les pratiques néfastes ;
- Reconnaître les signes de dangers ;
- Référer les femmes avec complications vers les structures de santé ;
- Eduquer les femmes enceintes pour la santé.

Qu'en est-il de l'effet de la formation des AT ?

Au Mali, la question est très peu documentée. Des travaux du projet PAP/DK à Kéniégou (Kangaba), il ressort qu'en collaborant avec les ATR pour la gestion de l'accouchement au niveau des aires de santé éloignées, il y a une augmentation de l'utilisation des services, notamment la CPN et les accouchements assistés.

Cependant le sujet est largement documenté dans beaucoup de pays où la mortalité maternelle constitue encore un problème de santé publique.

De l'expérience du Bangladesh, il ressort qu'il n'y a pas de différence entre les taux d'infection post-partum qu'il s'agisse d'accoucheuses traditionnelles formées ou non formées.

Ces résultats corroborent ceux rapportés au Ghana où il a été observé que la proportion de complications par travail prolongé était plus élevée pour les AT formées. Par ailleurs, aucune association significative n'a été observée entre la formation des AT et le taux des références obstétricales.

Toujours au Ghana, une étude de Family Health International s'est intéressée à l'efficacité de la formation des AT. Il a été procédé à des visites à domicile et des entretiens avec les AT et leurs clientes. Les données collectées étaient relatives à la rétention placentaire, la survenue de fièvre dans le post-partum, l'existence de pertes vaginales, de saignement anormal et au travail prolongé. Cette étude n'a observé aucune différence entre les AT formées et non formées en ce qui concerne :

- le nombre de mères référées en post-partum,
- le nombre de femmes référées qui ont présenté un saignement anormal,
- le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne.

Il ressort même que le niveau de confiance en soi des AT formées dépasse largement leur maîtrise technique.

Cependant, force est de reconnaître que ces résultats sont parcellaires et localisés, ce qui remet à jour la nécessité d'une étude plus large sur plusieurs pays avec des réalités différentes.

Quels rôles pour les ATR au Mali?

☛ Dans le document du cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), les AT sont retenues comme relais communautaires ;

☛ Dans le document du plan stratégique de SR 2004 – 2008, le rôle des AT a été orienté vers l'éducation pour la santé en général et spécifiquement :

- l'éducation pour des accouchements propres ;
- la reconnaissance des signes de dangers ;
- la référence des femmes enceintes présentant des signes de maladie ou des complications vers des structures compétentes.
- L'éducation pour la santé inclura les aspects de survie de l'enfant, la promotion de la planification familiale (PF), l'utilisation des services de

SR, la promotion des moustiquaires imprégnées et l'abandon des pratiques néfastes, en l'occurrence, les mutilations génitales féminines.

L'accent sera mis aussi sur l'implication des ménages dans la préparation à un plan d'accouchement et d'acheminement des femmes.

Pour plus d'efficacité, des mesures d'accompagnement sont toujours nécessaires, en occurrence le recyclage des AT par rapport à leur nouveau rôle de relais, leur supervision régulière par le personnel des Cscm et leur motivation classique au niveau local.

En perspective, dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, il faut :

- Poursuivre l'extension de la couverture sanitaire ;
- Mettre en place des soins obstétricaux d'urgence (SOU) selon les conditions décrites par le projet national SOU ;
- Régionaliser les écoles de formations tout veillant au respect d'un standard de formation nationale ;
- Recruter du personnel qualifié et veiller à sa répartition judicieuse sur tout le territoire ;
- Planifier le remplacement progressif des AT par du personnel qualifié.

Le débat est toujours d'actualité en ce qui concerne la valeur et la justification de la formation des AT. Cependant force est de reconnaître que des efforts financiers et humains importants ont été consentis dans ce domaine pour peu de gain réel dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Notre vision consiste à créer une révolution pour la survie de la mère et du nouveau-né en se basant sur des types d'interventions connues, d'efficacité prouvée comme les accouchements assistés et les SOU. L'implication des AT dans leur nouveau rôle permettra certainement de rentabiliser ces interventions.

L'atteinte des objectifs du millénaire peut être à notre portée, à condition toutefois que l'engagement soit clair et les ressources nécessaires soient mises à notre disposition.

Pour le maintien des accoucheuses traditionnelles dans la politique de santé du Mali, les Docteurs Rokia Sanogo et Sergio Giani racontent :

A partir des années 1980, beaucoup d'expériences de "recyclage" des accoucheuses traditionnelles (AT) ont été soutenues par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et d'autres organismes de coopération bilatérale et multilatérale pour leur utilisation temporaire, en attendant la formation de plus de professionnelles de santé qui puissent prendre en charge les accouchements. Les résultats obtenus de ces différents programmes ont été en deçà des attentes quant à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Et cela pour beaucoup de raisons au nombre desquelles on peut citer :

- a) la représentativité des AT formées : souvent les choix ont été effectués sans tenir compte des réalités socioculturelles comme l'âge, le nombre d'enfants, l'implication des autorités traditionnelles etc. ;
- b) la méthodologie de formation était souvent en sens unique ;
- c) l'efficacité des structures sanitaires modernes laissait à désirer autrement dit, une femme en détresse référée au centre de santé périphérique, et même souvent au niveau du Cercle, ne trouvait pas toujours une solution efficace.

Par contre ces dernières années, un grand effort a été consenti un peu partout au Mali dans la mise en place d'un système de prise en charge des urgences obstétricales. Dans ce cadre, les Centres de Santé de Référence (CSRéf) et les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) ont été renforcés par l'adéquation des ressources humaines et techniques (équipes chirurgicales, bloc opératoire,

ambulance, réseau de communication par RAC). Un système de partage des coûts permet la prise en charge solidaire des frais d'évacuation et d'intervention chirurgicale.

Dans ce nouveau contexte, l'analyse des différentes évaluations disponibles démontre que l'accès à ce système reste encore en deçà des attentes.

Au vu de tout ce qui précède, notre objectif était donc de participer à la diminution de la mortalité maternelle et néonatale par l'implication des accoucheuses traditionnelles.

Les activités menées dans le cadre de l'organisation et de l'information des AT se sont déroulées dans un contexte caractérisé par :

- 1) le faible taux d'utilisation dans les CSCom des services de soins liés à la mère et à l'enfant en général et à l'accouchement en particulier. Cela à cause des obstacles d'ordre économique, culturel, coutumier et d'accessibilité;
- 2) l'existence dans tous les villages d'un système traditionnel de prise en charge des accouchements basé sur les AT, qui exerçaient depuis longtemps avant la création des Centres de Santé et qui bénéficient de la confiance de la communauté villageoise ;
- 3) 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.

C'est fort de ces constats que nous avons jugé possible et utile d'essayer de développer une collaboration étroite entre le système traditionnel d'assistance à la grossesse et à l'accouchement, dont les AT sont les protagonistes, et le système moderne de prise en charge des urgences obstétricales. Le but principal de cette collaboration serait de détecter et de référer à temps les cas critiques.

Il s'agissait principalement d'impliquer davantage les accoucheuses traditionnelles en valorisant leur savoir et savoir-faire et leur rôle dans les villages pour briser les barrières de communication entre les femmes en détresse et les CSCom. Cela en vue de permettre un accès plus équitable et élargi au système de prise en charge des urgences.

En réalité, nous n'avons pas procédé à une formation ou un recyclage classique au cours duquel les formateurs essaient de transmettre des éléments de savoir et de savoir-faire aux participants. Mais notre but était de faciliter un échange interculturel à travers les expériences, les compétences et même les certitudes des uns et des autres qui ont été étudiées, valorisées, et mises en discussion si nécessaire. Il est en effet incontestable que par rapport à un épisode en même temps naturel et mystérieux comme la venue au monde d'un nouveau-né, le système de croyances et d'aptitudes traditionnelles joue un rôle très important. Par ailleurs, le système moderne peut vraiment résoudre positivement des cas critiques face auxquels le système traditionnel est impuissant. Il est donc important qu'un échange ouvert et fructueux soit réalisé. Pour ce faire, la méthodologie qu'on peut recommander est 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, et la reconnaissance de la part de tous de ses propres limites.

Les expériences dans les cercles de Kolokani et de Kadiolo.

Cette méthodologie et ces approches ont été expérimentées dans le cercle de Kolokani (Région de Koulikoro) qui a été un des premiers cercles au Mali à mettre en place le système de prise en charge des urgences obstétricales. Les activités ont été menées d'abord dans l'aire de Santé de Massantola en 1999 et l'année suivante dans les aires de santé de Sébécoro I, Ouolodo et Nonsombougou en 2000 dans le cadre du projet de coopération décentralisée Terra Nuova/Université de Turin en Italie. Les aires ont été choisies en fonction du déficit de références/évacuations des urgences obstétricales.

Les premiers résultats demeurent probants. Dans l'année qui a suivi les ateliers d'information et d'organisation des AT, le taux des consultations prénatales est passé en moyenne pour les quatre aires de santé de 53 % à 58,9 %, le taux d'accouchements assistés de 40,4 % à 54,65 % et le taux de cas référés et évacués

est passé de 64,85 % à 110,40 %. Dans d'autres aires de santé (Didiéni, Toussana et Sabougou) où l'activité n'a pas été menée, mais qui avaient au départ des taux satisfaisants de référence/évacuations pour les mêmes périodes, le taux des consultations prénatales est passé en moyenne de 64,57% à 58,47 % et le taux d'accouchements assistés de 51,8 % à 47,7 %.

Par ailleurs, une évaluation effectuée en 2003 sur financement du Programme "Savoirs Locaux" de la Banque Mondiale, a montré qu'il y a encore des différences significatives entre aires couvertes et aires non couvertes.

Et puis, dans le cadre d'un Programme de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle soutenu par le Bureau de la Coopération Suisse au Mali, cette même méthodologie a été utilisée en 2001 dans l'aire de santé de Loulouni dans le cercle de Kadiolo, région de Sikasso.

La comparaison entre les données cumulées de 2001 par rapport à l'année 2002, confirme l'augmentation de 44,4 % des évacuations du CSCCom au CSRéf et une diminution relative des références de – 22,2 %. 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 125,2% des accouchements assistés par les AT. Les accouchements à la maternité ont aussi augmenté de 64,9%. Le total des accouchements assistés (AT + maternité) a ainsi augmenté de 87,4%. Les consultations prénatales ont augmenté de 58,8 %. Ces résultats ont été obtenus 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 134,4 %. Il faut noter que même les consultations curatives ont connu une augmentation de 16,4 %.

Nous espérons ainsi participer au débat pour la définition d'une stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en impliquant davantage les accoucheuses traditionnelles. Pour ce faire, on ne cessera jamais de répéter que le

point crucial pour l'efficacité de l'approche proposée est la préservation du rôle socioculturel des AT dans les villages. 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.

Des études menées au niveau international pour l'évaluation des différentes stratégies dans le domaine critique de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale confirment que les principaux bénéfices de la formation des accoucheuses traditionnelles 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. (Bergström S. et Goodburn E., Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle, in Réduire les risques de la maternité : Stratégies et Evidence Scientifique, Studies in Health Services Organisation & Policy, 18, 2001, pp. 83-103). D'autres auteurs affirment 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'intégration des services et de l'accès à temps utile à des soins obstétricaux de qualité (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 ?, ibidem, pp. 105-139).

Ces études corroborent, s'il était encore nécessaire, les résultats des expériences que nous venons de partager avec vous.

Dr Rokia Sanogo

Dr Sergio Giani

Donner la vie en restant en vie.

Selon l'OMS, la mortalité maternelle est définie comme tout décès survenu au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la terminaison de la grossesse, quelles qu'en soient la durée et la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

Au Mali une femme meurt toutes les trois heures en donnant la vie. Ces décès sont liés le plus souvent aux complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couche. Elles sont dans la plupart des cas la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer. Sur 600.000 décès de femmes liés à ses complications chaque année dans le monde, 125000 surviennent en Afrique de l'Ouest et du Centre. On estime aussi qu'une femme sur 16 en Afrique subsaharienne court des risques mortels de complications liées à la grossesse, alors que ce risque est de 1 sur 3600 dans les pays industrialisés.

C'est donc pour faire face à cette tragédie que le ton avait été donné les 7 et 8 mai 2001 dans la capitale malienne où se sont retrouvés 13 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sous l'égide du gouvernement et de l'UNICEF, en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires. Il s'agissait de définir des orientations nouvelles et de mener des actions pertinentes et concrètes afin de réduire de 50% la mortalité maternelle et néonatale et du 1/3 la morbidité maternelle et néonatale d'ici à 2010 d'où l'appellation <<Vision 2010>>.

Deux ans après et plus précisément du 29 septembre au 02 octobre 2003, se tenait toujours à Bamako au Palais des congrès l'atelier technique de suivi du Forum. Atelier organisé sous l'impulsion de la première dame du Mali Touré Lobbo Traoré et qui avait pour objectif :

- Faire le point de la mise en œuvre des recommandations ;

➤ Effectuer si besoin en était les recentrages nécessaires.

Le mardi 08 juin 2004 a eu lieu dans salle des banquets du Palais des Congrès la cérémonie de plaidoyer de la restitution des recommandations de cet atelier axé sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La cérémonie a réuni les premières dames du Mali Mme Touré Lobbo Traoré, du Burkina-Faso Mme Chantal Compaoré, du Sénégal Mme Viviane Wade, la représentante de la première dame de la Mauritanie, le Premier ministre et les membres du gouvernement. La Représentante de l'UNICEF, les membres du corps diplomatique et des Organisations internationales ainsi que les partenaires techniques du PRODESS ont également effectué le déplacement pour s'associer à l'évènement rythmé par l'ensemble instrumental du Mali.

C'est par la projection d'un film sur la mortalité maternelle dénommé << Mourir en donnant la vie >> que la cérémonie a commencé. L'héroïne du film Farmata, une adolescente de 17 ans ressortissante de Kolda situé à 750 km de Dakar au Sénégal meurt des suites de couche. Ce film, très pathétique, montrait à quel prix la femme donne la vie.

Cette projection a été suivie de la lecture des recommandations de l'atelier du « Forum 2010 » par le Dr Traoré Safoura, Conseiller Technique au Ministère de la Santé. L'atelier fait ressortir que des efforts importants ont été réalisés dans différents domaines mais que le combat est loin d'être gagné sans l'engagement de l'ensemble des acteurs impliqués notamment des premières dames.

La séance de plaidoyer sur la santé et la survie de la mère et du nouveau-né au Mali intitulée << Modèle Reduce/Alive >> présentée par Dr Sissoko Mariam Konandji de la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé

témoigne que si rien n'est fait d'ici à 12 ans, 34000 femmes vont perdre la vie au Mali au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent et 341000 nouveau-nés. Les conséquences économiques des décès et invalidités maternels s'élèveront à 195 milliards de nos francs. Pour dire qu'il faut agir et vite agir comme en témoigne la déclaration du Ministre de la santé pour qui les causes de ces décès sont connues, les solutions accessibles et les coûts abordables. Selon Dr Maiga Zeinab Mint Youba, les actions doivent être orientées vers une mobilisation accrue des ressources financières pour la santé de la mère et de l'enfant, une couverture progressive et effective des soins obstétricaux d'urgence et un contrôle professionnel de l'accouchement.

La Représentante de l'UNICEF, chef de file des partenaires techniques du PRODESS abondera dans le même sens. Pour FRANCES TURNER, les 4 trop qui tuent lorsqu'il s'agit de grossesses sont : trop jeunes, trop fréquentes, trop rapprochées ou trop nombreuses. Pour aboutir à une réduction drastique de la mortalité maternelle et néonatale, il nous faut agir ensemble dans un partenariat dynamique et efficace gage de succès soutient-elle.

Pour le Premier Ministre Ousmane Issoufi Maïga, chef du Gouvernement, le phénomène doit être considéré comme une atteinte aux droits fondamentaux de l'homme. Selon le Premier responsable du gouvernement, il est inconcevable de nos jours que des femmes meurent en donnant la vie quand on sait que les causes de la mortalité maternelle et néonatale sont connues et que les solutions existent. Avant de prendre congé, le Premier Ministre a donné son accord pour l'institution d'une journée consacrée à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

A l'appel des sages-femmes, une grande cérémonie de mobilisation sociale a suivi l'atelier technique sur la restitution du Forum<<Vision 2010>> dans la salle de 1000 mille places du Palais des congrès. Dans leur déclaration les sages-femmes ont réitéré leur engagement à lutter contre la mortalité maternelle et néonatale, à aider au redéploiement des sages-femmes sur l'ensemble du territoire. Elles ont aussi demandé l'institution d'un système de rotation et l'adoption de mesures incitatives vers les zones rurales..

Dans leurs discours respectifs, le Ministre de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et les premières dames sont unanimes que le combat contre la mortalité maternelle et néonatale se gagne avec le soutien et l'engagement de tous surtout des chefs religieux qui jouent un rôle non moins important dans nos sociétés. Enfin, les premières dames estiment qu'il faut renforcer les stratégies de lutte contre le sous-développement qui est la principale cause de la mortalité maternelle et néonatale. Avant de prendre congé de ses hôtes Mme Touré Lobbo Traoré a procédé au lancement du prix TARA BORE grande cantatrice décédée en 1969 des suites d'un accouchement pour aider à la sensibilisation. Ce prix récompensera les personnes physiques et morales dont les actions auront permis une réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans notre pays. Des prix symboliques ont été également décernés à Chantal Compaoré du Burkina-faso, Viviane Wade du Sénégal ainsi qu'à l'association des sages-femmes du Mali pour leur combat dans ce sens.

HALTE AU TETANOS !

Le tétanos est une maladie infectieuse mortelle qui touche près de 500000 personnes par an à travers le monde, notamment dans les pays en voie de développement dont le nôtre. Il touche principalement les nouveau-nés par la

contamination du moignon ombilical. La vaccination est la meilleure méthode pour contrer le tétanos car une fois celui-ci déclaré, les chances de guérison sont minces. Conscientes de l'ampleur du phénomène, les autorités sanitaires ont lancé en janvier 2004 la campagne de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal. Cette campagne doit se dérouler en 3 phases(Février, Mars, Octobre) dans 20 cercles du Mali. Nous vous proposons à cette occasion l'interview que l'ancien ministre de la santé Mme Keita Rokiatou N'Diaye nous a accordée.

-Madame le Ministre, le Mali a récemment procédé au lancement officiel de la campagne nationale de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal. Peut-on savoir sous quel signe est placé ce lancement?

Ce lancement est la manifestation de l'engagement du Mali à participer à l'élimination du tétanos maternel et néonatal en Afrique d'ici à 2005. Cela veut dire une réduction du nombre de cas à 1 pour 1000 naissances vivantes.

-En terme de pourcentage, quel est le taux de décès dû au tétanos néonatal dans notre pays comparé aux pays nantis?

Il n'existe pas de données fiables indiquant le pourcentage de décès maternel dû au tétanos pour notre pays. Il en est de même pour la plupart des pays en voie de développement. Cependant sur le plan sanitaire, le tétanos néonatal demeure une maladie meurtrière sous notifiée dans notre pays. Puisque cette notification est inférieure à 1 cas pour 1000 naissances vivantes. La plupart des décès dus au tétanos néonatal surviennent en dehors des formations sanitaires.

En 1997 et 1999, 73 cas de tétanos ont été décelés au Mali suite à la surveillance de cette maladie dans les cercles. La même enquête avait révélé également des insuffisances en ce qui concerne la couverture vaccinale contre le tétanos.

-Quelle est la stratégie nationale en matière de lutte contre le tétanos maternel et néonatal?

Elle consiste en un certain nombre de choses:

- le renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine;
- la campagne de vaccination des femmes de 15 à 40 ans contre le tétanos;
- la surveillance épidémiologique;
- et la promotion des accouchements propres par la formation des accoucheuses traditionnelles.

-Depuis la mise en œuvre du PRODESS, les progrès enregistrés en matière de lutte contre le tétanos néonatal ont-ils comblé vos attentes? Si non, pourquoi?

Des efforts ont été déployés dans le cadre de la relance du PEV notamment à travers les initiatives comme les contrats de performance mis en œuvre dans le cadre du Fonds mondial pour la vaccination et les vaccins (GAVI) et la Stratégie

d'Accélération pour la Survie et le Développement du jeune Enfant(SASDE), pour ne parler que des plus récentes. Les résultats de ces initiatives ont permis l'élargissement de la couverture vaccinale dans les aires de santé où ces initiatives ont été appliquées. Nous pouvons dire que ces différents efforts réalisés dans le cadre du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) ont comblé nos attentes. Aussi, nous sommes en train d'étendre ces initiatives à l'ensemble du pays.

Bien entendu, la campagne contre le tétanos néonatal va nous permettre d'améliorer encore nos performances.

-Peut-on dire aujourd'hui que la lutte contre le tétanos néonatal se passe à la satisfaction de l'ensemble des partenaires du PRODESS? Si non, quelles sont les insuffisances constatées ça et là?

Oui, nous pouvons dire que la lutte contre le tétanos néonatal se passe à la satisfaction de l'ensemble des partenaires du PRODESS et que les taux de couverture sont encourageants: 88% de couverture vaccinale en vaccin antitétanique (VAT2) dans 6 cercles en 2002: Kolokani, Bla, Kadiolo, Sikasso, Bougouni et Djenné et 89,63% en VAT1 dans 20 cercles en 2004, en plus de l'augmentation de la couverture vaccinale de routine contre cette maladie.

-Est-ce que la place (le rang) qu'occupe le Mali dans la sous-région en matière de lutte pour la survie de la mère et de l'enfant est honorable?

Le Mali a une Politique sanitaire dont les cibles prioritaires sont les femmes et les enfants des milieux ruraux et urbains. C'est pourquoi toutes les offres de service au niveau de l'ensemble des échelons de la pyramide sanitaire visent la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile. Cet engagement pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant est fortement soutenu par la plupart des partenaires techniques et financiers, dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS.

Promotion de l'allaitement exclusif :
L'IHAB évalue le CSRéf. de Bla.

Le label « Amis des Enfants » est une initiative de l'UNICEF et de l'Organisation Mondiale de la Santé récompensant depuis plus d'une décennie les efforts accomplis par les pays en faveur des enfants, notamment dans le plaidoyer pour la cause de l'allaitement. Il a été lancé en juin 1991 à Ankara en Turquie et devrait accélérer la mise en œuvre des objectifs opérationnels de la Déclaration d'Innocenti, laquelle a pour but de renforcer les acquis du Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et faire de sorte que :

- l'allaitement soit promu ;
- toute incitation à l'alimentation artificielle soit proscrite ;
- les femmes soient soutenues et encouragées par les professionnels de la santé suffisamment formés.

Depuis le lancement de l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), plus de quatorze mille maternités à travers le monde ont été désignées « Amis des Bébé »

Les effets de cette initiative sont perceptibles dans l'accroissement du taux de la durée de l'allaitement exclusif, dans les changements dans la pratique et la politique de la formation sanitaire, et dans la réduction du taux de mortalité et de morbidité infantiles.

Au Mali, depuis 2002 année de démarrage du processus, seulement cinq centres ont été labellisés. Il s'agit de la maternité de la Garnison du Camp I et les centres de santé de référence des communes I, II, IV et VI du District de Bamako.

Pour accéder au Label << Hôpitaux Amis des Bébé >> la maternité ou l'hôpital doit satisfaire à dix conditions. C'est justement dans ce cadre qu'une mission du comité technique de l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé en abrégé (IHAB) a séjourné du 02 au 06 mars 2004 à Bla pour l'évaluation externe du Centre de Santé de Référence.

Ce comité était composé d'agents de la DNS, du CREDOS, de la maternité de la Garnison du Camp I, et du point focal régional de Ségou.

Cette évaluation réalisée sur financement UNICEF a aussi concerné les centres de santé de Kolokani et Koulikoro en 2^{ème} région, évaluation menée par d'autres équipes IHAB.

L'objectif général de la mission était de contribuer à la promotion de l'allaitement exclusif à travers la mise en œuvre des dix conditions. De façon plus spécifique, il s'agissait de vérifier la mise en œuvre des conditions pour la promotion de l'allaitement et d'analyser les résultats de l'évaluation.

Sur le terrain, après les formalités protocolaires, l'équipe se répartissait entre les différentes unités (unité prénatale, suites de couches, accouchement, vaccination, chirurgie) pour interviewer et observer.

L'évaluation a porté sur dix femmes enceintes, autant d'accouchées, cinq césarisées, six en post-partum et dix personnels soignants.

Sur les dix conditions à remplir pour l'obtention du label, le CSRéf de Bla ne répondait pas à six d'entre elles. Toutefois, certains points forts ont été notés. Il s'agit de l'existence d'une politique d'allaitement et de groupe de soutien.

La mission dans l'ensemble a noté des progrès notables dans la mise en œuvre des dix conditions pour le succès de l'allaitement.

Cependant, le centre de santé de Bla doit fournir des efforts notamment en matière de formation du personnel et des groupes de soutien en gestion de la lactation pour prétendre au label.

Les résultats obtenus ont fait l'objet d'une restitution entre le médecin chef du centre de santé et le comité en présence du point focal régional.

