

Editorial

La mortalité des nouveau-nés est un véritable drame dans beaucoup de pays en voie de développement. Selon les estimations de l'OMS, des 120 millions de nouveau-nés, environ 8,1 millions meurent chaque année et près la moitié de ces décès (~4 millions) survient pendant le premier mois de la vie (période néonatale). Les deux tiers de la mortalité néonatale surviennent pendant la première semaine de la vie et la plupart des décès néonataux est associée aux infections comme le tétanos, la pneumonie, l'asphyxie à la naissance et les traumatismes.

L'asphyxie à la naissance est l'une des principales causes de la mortalité néonatale. Dans les pays non-nantis, 3% des nouveau-nés (3,6 millions) développent une asphyxie modérée ou sévère. De ces cas, environ 25% meurent et approximativement le même nombre développe des séquelles graves (épilepsie, retard mental) avec des conséquences humaines, sociales et économiques. A l'accouchement beaucoup de nouveau-nés peuvent être réanimés avec succès par des techniques simples comme la stimulation tactile et le nettoyage des sécrétions des voies aériennes en utilisant un doigt couvert de compresse ou une poire. Bien qu'une prompt réanimation après la naissance puisse prévenir beaucoup de décès et invalidités associées à l'asphyxie à la naissance, force est de constater que cette réanimation n'est pas souvent entreprise parce que la plupart des accoucheuses traditionnelles surtout n'ont ni les connaissances, ni les compétences. Ainsi, la formation des AT peut réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale. C'est pourquoi, le CREDOS, sur financement de Save The Children Washington a élaboré un projet d'intervention pour réduire la mortalité néonatale liée à l'asphyxie dans le cercle de Kolokani. Son lancement officiel aux niveaux de Bamako et Kolokani s'est déroulée en août devant les autorités et les partenaires. L'étude de base qui s'est déroulée en septembre et octobre 2004 dans l'ensemble des villages et structures sanitaires du cercle de Kolokani avait pour objet d'évaluer la situation de la mortalité néonatale et les connaissances des accoucheuses traditionnelles concernant la réanimation des cas d'asphyxie.

La réduction de la mortalité infantile constitue une priorité pour le ministère de la santé. Une implication des ménages est nécessaire afin d'atteindre ce but. Un des objectifs d'une enquête effectuée par le CREDOS dans trois cercles (Kolokani, Niono et Koro) était de déterminer les connaissances et pratiques des mères sur la prise en charge des enfants en matière de nutrition d'une part ; d'autre part d'évaluer le personnel sanitaire sur cette prise.

La survie de l'enfant passe par la promotion de l'allaitement. L'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé décerne un label pour récompenser les maternités qui ont fait des efforts pour satisfaire aux dix conditions nécessaires à réussite de l'allaitement. Cela justifie la mission qui s'est rendue successivement dans les cercles de Bla, Kolokani et Koulikoro pour la remise officielle de labels.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, l'efficacité de la chloroquine suscite des débats. Les dernières études menées au Mali ont montré une inefficacité de la chloroquine dans 8 à 17% des cas surtout avec des chiffres élevés dans les régions Nord du Mali. Cette situation a favorisé l'arrivée sur le marché de médicaments à base d'artémisine qui sont plus chers et moins disponibles. Dans ce cadre, un appel a été lancé aux laboratoires pharmaceutiques lors de la célébration de la 4^{ème} journée africaine de lutte contre le paludisme en vue de rendre disponible et peu coûteux ce nouveau traitement. D'une manière générale les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent les principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer. Face à ce drame, les premières dames d'Afrique ont lancé à Bamako « Vision 2010 » pour réduire de 50% le taux de mortalité maternelle et néonatale avant cette échéance. Les femmes ont un rôle important à jouer pour l'atteinte de cet objectif. C'est ce qui explique l'organisation d'un mini caravane de presse financée par l'UNICEF dont l'objectif était de s'enquérir de l'expérience des femmes de Zégoua réunies en groupements féminins pour la prise en charge des grossesses et accouchements.

Face à l'asphyxie du nouveau-né le CREDOS investigate davantage.

La mortalité des nouveau-nés est un véritable drame dans beaucoup de pays en voie de développement. Selon les estimations de l'OMS (WHO, 1997), des 120 millions de nouveau-nés, environ 8,1 millions meurent chaque année et près de la moitié de ces décès soit 4 millions survient pendant le premier mois de la vie (période néonatale). Environ les deux tiers de la mortalité néonatale surviennent pendant la première semaine de la vie. La plupart des décès néonataux sont associée aux infections comme le tétanos, la pneumonie, les traumatismes et l'asphyxie à la naissance. S'agissant justement de l'asphyxie, elle est l'une des principales causes de la mortalité néonatale. Dans les pays en voie de développement, 3% des nouveau-nés soit 3,6 millions développent une asphyxie modérée ou sévère. De ces cas, environ 25% meurent et approximativement le même nombre développe des séquelles graves (épilepsie, retard mental) avec des conséquences dévastatrices humaines, sociales et économiques.

D'une manière générale, on parle d'asphyxie à la naissance lorsque le nouveau-né éprouve des difficultés de respiration dues à plusieurs raisons telles que le travail prolongé, l'infection ainsi que d'autres causes non connues.

Bien qu'une prompt réanimation après la naissance puisse prévenir beaucoup de décès et invalidités associées à l'asphyxie à la naissance, force est de

constater que cette réanimation n'est pas souvent entreprise. Mieux, les procédures utilisées sont inappropriées parce que la plupart des accoucheuses traditionnelles n'ont ni les connaissances, ni les compétences encore moins les équipements. Et puis les données épidémiologiques fiables sur ce phénomène sont insuffisantes et les facteurs socioculturels en la matière, particulièrement au niveau communautaire sont peu connus. Donc on peut estimer que c'est compte tenu de toutes ces raisons évoquées ci-dessus,

que Save The Children Washington sur financement de la Fondation Bill et Melinda Gates a voulu investiguer davantage sur le phénomène en lançant un appel d'offre international pour une vingtaine de pays pour mener une étude d'intervention à base communautaire afin de réduire l'incidence des décès néonataux liés à l'asphyxie du nouveau-né. A la fin du processus de sélection, seuls trois pays ont été retenus parmi lesquels le Mali à travers le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS).

Ainsi, il a fallu un an pour développer le protocole de recherche avec une équipe pluridisciplinaire, composée d'experts venant des services de Gynéco-obstétrique et de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré, de la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS), de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et de la London School en Grande-Bretagne.

Pendant la phase d'intervention du projet qui durera en principe 18 mois, les relais communautaires en collaboration avec les AT documenteront toutes les naissances et mortalités néonatales. Les causes de mortalité seront identifiées à travers la méthode d'autopsie verbale standard de l'OMS utilisant l'approche de « l'algorithme d'expert ». Le calcul des taux de mortalité sera basé sur les décès et les naissances vivantes enregistrés au cours de l'année précédent l'enquête de base et ceux enregistrés au moment de l'intervention. Une analyse multivariée sera faite pour déterminer l'impact de l'intervention sur la mortalité néonatale en général et celle liée à l'asphyxie en particulier. Une analyse coût-efficacité sera également entreprise.

Cette phase d'intervention en plus de la documentation des naissances et mortalités néonatales consistera aussi à former les accoucheuses traditionnelles (AT)/relais communautaires(RC), les représentantes des associations féminines au niveau village, les matrones et infirmiers au niveau CSCOM. Le CSCOM étant le premier niveau de référence, la formation des AT et matrones à la prise en charge de l'asphyxie à la naissance contribuera à améliorer la référence du système. En conséquence, les matrones travaillant dans les CSCOM situés dans les villages d'intervention seront formées et recevront l'équipement de base pour la réanimation. De leur côté les AT seront formées à faire l'accouchement propre et la prise en charge des naissances asphyxiques. Les relais et les représentantes des associations féminines recevront pour leur part une formation en communication pour le changement de comportement afin d'améliorer les

soins pré et postnataux. Cette intervention donnera opportunité de renforcer la collaboration entre les AT au niveau communautaire et les prestataires de soins dans les formations sanitaires de Kolokani.

Lancement du protocole de recherche sur l'asphyxie.

Le lancement officiel du protocole s'est déroulé le 05 août 2004 dans la salle de réunion << Ver de Guinée >> de l'OMS et a enregistré la présence de l'ancien Secrétaire Général du Ministère de la santé Mamadou.A.Kané qui avait à ses côtés l'ancien Gouverneur de la région de Koulikoro Elhadj Sékou Dembélé et le Directeur du CREDOS le Pr. Toumani Sidibé. Le protocole qui, faut-il le rappeler, répond à une préoccupation majeure du département de la santé constitue avant tout une traduction sur le terrain de l'une des missions du CREDOS qui consiste à promouvoir la recherche médicale et sociologique liée à la survie et au bien-être de l'enfant. C'est donc dans le cadre de cette mission que le présent protocole de recherche intitulé « Etude d'une intervention à base communautaire pour réduire la mortalité néonatale due à l'asphyxie dans le district sanitaire de Kolokani, Mali » a été initié par le CREDOS. Ses objectifs s'articulent autour deux points essentiels à savoir :

- Déterminer le taux de mortalité néonatale et celui lié à l'asphyxie à la naissance ;
- Mettre en place un paquet d'interventions comprenant entre autres la formation et le recyclage des accoucheuses traditionnelles, des relais, des chefs de poste et matrones sur l'accouchement propre, les techniques de réanimation et leur dotation en équipements simples.

Son lancement au niveau central a été suivi de la réunion d'information au Centre de Santé de Référence de Kolokani le 12 août 2004. Ont répondu présents à cette rencontre, la préfecture de Kolokani, l'Association des tradithérapeutes, les mairies, les responsables socio-sanitaires du CSREF, les Chefs de poste médical et l'équipe du CREDOS. Les questions évoquées portaient notamment sur la méthodologie et le choix de Kolokani.

Toujours dans le cadre de la sensibilisation pour la phase préparatoire de l'étude, une autre équipe du CREDOS composée cette fois-ci d'un médecin, d'un sociologue et d'un journaliste s'est rendue à Kolokani quelques jours après la réunion d'information pour discuter avec l'équipe socio-sanitaire et les relais villageois de toutes les aires de santé. Les équipes composées chacune d'au moins un représentant du CREDOS et un du CSREF de Kolokani ont sillonné les 10 aires fonctionnelles.

Les représentants des aires non fonctionnelles ont pris part aux réunions dans les aires qui leur étaient proches. Ces réunions, très bénéfiques ont permis de comptabiliser le nombre de relais par village et par hameau et de baliser le terrain pour l'enquête de base. Mais avant l'enquête de base, a eu lieu la formation des enquêteurs et superviseurs, formation au cours de laquelle les

questionnaires N°1 et 2 ont été corrigés. Le premier, celui des mères a fait l'objet d'après discussions et de corrections avant sa traduction en langue nationale bamanan. Cet exercice s'est poursuivi avec le questionnaire N°2. Là, un bref exposé a été fait sur l'enquête qualitative (focus) ou quantitative. Pour l'étude qualitative, il a été retenu d'administrer un guide d'entretien qualitatif individuel, soit deux accoucheuses par village. La formation a été sanctionnée par un pré test dans les villages de Kalifabougou et Yélékebougou, pré test dont l'objet était de mettre en pratique les connaissances acquises au cours de la formation et de recenser les difficultés par rapport au remplissage des questionnaires. Mais auparavant, le Directeur du CREDOS avait exhorté les acteurs du terrain à plus d'abnégation, de vigilance et de don de soi pour la réussite de l'étude qui revêt une importance très particulière pour le CREDOS.

3- Enquête sur le terrain et ses objectifs

Quant à l'étude même, elle s'est déroulée dans le cercle de Kolokani qui n'est autre qu'une déformation linguistique qui signifie « Kolonkagni » c'est-à-dire le puits est serviable. Le passé de cette localité de la 2ème région administrative du Mali se résume à deux grands événements à savoir : sa révolte contre le colonisateur violemment réprimée par celui-là en 1915 et sa résistance contre la pénétration d'Elhadj Omar vers la 2ème moitié du 18ème siècle.

L'étude a concerné les aires de santé de Sabougou, Massantola, Didiéni, Sebecoro1, Kolokani Central, Manta, Sonkénéié, Samantara, Niokana, Sagabala, Doubabougou, Guihoyo, Sirakoroba, Koumi, Mercoya, Siritwala et Tioribougou.

Elle a couvert tous les 280 villages du district sanitaire de Kolokani (qui comprend une population totale estimée à 200.285 habitants) avec un nombre attendu de 15015 naissances sur les 18 mois de l'intervention(**données à actualiser**).

Ensuite des équipes composées d'enquêteurs et de superviseurs ont sillonné les villages retenus pendant un peu plus d'un mois pour interroger les femmes ayant eu des enfants, les accoucheuses traditionnelles (AT), les infirmiers chefs de poste médical (ICPM), les relais communautaires et les représentants des associations de santé communautaire (ASACO) pour déterminer les taux de mortalité néonatale en relation avec la mortalité due à l'asphyxie et les facteurs associés. Cette phase a permis d'évaluer les méthodes traditionnelles de réanimation du nouveau-né et les relations fonctionnelles qui existent entre les différents niveaux de l'organisation du système de santé à Kolokani.

4-Visites Stephen, Simon et Giao au CREDOS

Juste après l'enquête de base, le responsable Américain chargé de l'exécution de ce projet a séjourné au Mali du 26 au 28 octobre 2004. Séjour au cours duquel Stephen N.Wall a effectué avec l'équipe de recherche du CREDOS une visite de terrain à Kolokani. Cette visite très bénéfique a été l'occasion d'accorder les violons sur un certain nombre de points comme : la mise en place d'un système de suivi et d'un système de supervision. A ce sujet, l'hôte du CREDOS a estimé qu'il serait préférable de faire une corrélation entre les réalités du terrain et la formation incessante des AT si l'on veut aboutir à de meilleurs résultats. Selon lui, il serait également intéressant de distinguer les AT locales des professionnelles.

De l'avis de Stephen, le système de supervision doit accentuer la hiérarchisation entre les relations CSREF/CSCOM/VILLAGE et être intégré pour permettre d'avoir un bon fonctionnement par rapport à la qualité du service. Bref il faudra collecter toutes les informations pour évaluer les impacts et variations de l'étude a conclu Stephen.

Les pratiques familiales dans les aires de santé de Kolokani, Niono et Koro.

La réduction de la mortalité infantile constitue une priorité pour le ministère de la santé. Elle constitue un des objectifs du PRODESS dont le volet 1 vise à étendre la couverture sanitaire et à améliorer la qualité des soins en offrant le paquet minimum d'activités. Mais plus de 50% des enfants meurent à domicile, loin des services de santé. Des actions préventives doivent être menées au niveau des ménages et des communautés pour changer le comportement des familles par rapport aux enfants malades. Pour ceux qui viennent au centre de santé, la mère doit continuer à domicile les soins pour la réussite du traitement.

Recourir à des soins adéquats et à une prévention adéquate à domicile permettent de diminuer les taux de fréquentation des centres de santé et le taux de décès imputables aux maladies. On comprend donc que réduire la mortalité infantile ne peut être uniquement le simple fait de services de soins adéquats et de personnels compétents. Une implication des ménages et des communautés est donc nécessaire dans la mesure où il revient avant tout aux familles de veiller sur leurs enfants. Des résultats ne sont envisageables qu'à la condition d'une collaboration entre agents de santé et familles, et d'un soutien de la communauté.

Ainsi, l'amélioration des pratiques familiales et communautaires spécifiques peut réduire la mortalité infantile de 10 à 50%. Ces pratiques sont regroupées en 4 catégories : la recherche de soins, les soins à domicile, la promotion de la croissance et du développement et la prévention des maladies. Les pratiques familiales comprennent essentiellement :

- ❑ L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ;
- ❑ L'alimentation complémentaire à partir de 6 mois ;
- ❑ La supplémentation en micro nutriments ;
- ❑ L'évacuation hygiénique des excréta ;
- ❑ Se laver les mains avant de manger ;
- ❑ Suivre le calendrier vaccinal ;
- ❑ L'utilisation de moustiquaires imprégnées ;
- ❑ La prise en charge précoce du paludisme et des diarrhées chez l'enfant à domicile ;
- ❑ La consommation de sel iodé et d'eau potable ;
- ❑ Favoriser le développement psychique et social de l'enfant ;
- ❑ Continuer à alimenter et à faire boire un enfant malade ;
- ❑ être capable d'administrer à domicile les traitements préconisés etc.

Ces pratiques familiales essentielles constituent le complément indispensable de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau du centre de santé avec ses volets curatifs, préventifs et promotionnels.

Un des objectifs de l'enquête effectuée par le CREDOS en novembre 2003 dans 3 aires de santé (Kolokani, Niono et Koro) était de déterminer les connaissances et pratiques des mères sur la prise en charge des enfants en matière de nutrition. L'interview a concerné 194 mères à la sortie du CSCOM, ayant des enfants âgés de 0-59 mois. Elles étaient jeunes dans la majorité des cas : 93% d'entre elles avaient moins de 40 ans. Elles étaient analphabètes dans 59% des cas et mariées dans 91,8% des cas.

L'âge de la poursuite de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est donné par 28% des mères. L'âge d'introduction d'autres aliments à partir de 6 mois est connu de 17% d'elles. La prise de la première dose de vitamine A à l'âge de 6 mois a été répondue correctement par 9%. Seules 5% des mères savaient que la vitamine A

devrait être donnée chaque 6 mois. Le sel iodé (dont la teneur en iode n'a pas été vérifiée lors de l'enquête) était utilisé par 42% des mères à Kolokani, 37% à Koro et seulement 6% à Niono.

En définitive les connaissances des mères semblent insuffisantes pour espérer obtenir des changements de comportement satisfaisants. Pour améliorer les connaissances des mères il faut que :

- Les agents de santé profitent de toutes les occasions pour leur donner des conseils. Malheureusement ce travail de communication interpersonnelle n'est pas régulièrement fait comme en témoignent les résultats suivants : au cours de la même enquête nous avons noté que les agents de santé donnaient des conseils aux mères sur l'alimentation enrichie (60%), l'allaitement exclusif (9%), la vaccination (3,5%) et l'utilisation des moustiquaires imprégnées (3,5%) ;
- Les relais soient de véritables véhicules de l'information jusqu'au sein des familles pour un changement de comportement.

EVALUATION DU PERSONNEL SANITAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EN MATIERE DE NUTRITION A KOLOKANI, NIONO et KORO.

La mortalité infanto-juvénile reste encore élevée au Mali malgré la mise en œuvre du PRODESS depuis 1998 (EDS III 2001 : 229%). La malnutrition tient une place prépondérante parmi les causes de cette mortalité élevée. En vue d'une réduction rapide de la mortalité infanto-juvénile un paquet d'interventions rentables est en cours par l'UNICEF à travers la SASDE (Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement du Jeune Enfant) dans 6 cercles.

Des interventions prioritaires en nutrition de la mère et de l'enfant sont intégrées dans le paquet SASDE. Au terme de deux années de sa mise en œuvre, le CREDOS en partenariat avec l'UNICEF a décidé d'étudier la prise en charge en matière de nutrition des enfants âgés de 0 à 59 mois dans 3 cercles couverts par la SASDE avec comme objectif spécifiques de :

- Vérifier l'adéquation de l'équipement et du matériel nécessaires dans les centres de santé (CSRéf et CSCOM) pour une prise en charge correcte des enfants en matière de nutrition ;
- Décrire l'examen et la prise en charge des enfants malnutris au niveau des centres de santé ;
- Comparer la prise en charge des enfants malnutris avec les normes de la PCIME ;
- Déterminer les connaissances et pratiques des mères sur la prise en charge des enfants en matière de nutrition.

Il s'agit d'une étude transversale au niveau des centres de santé. Elle s'est déroulée courant novembre 2003. L'étude a concerné les 3 régions couvertes par la SASDE. Dans chaque région un cercle a été tiré de façon aléatoire. Dans chaque cercle en plus du centre de santé de référence (CSREF), 8 centres de santé communautaire (CSCOM) ont été choisis parmi ceux répondant aux critères préalablement fixés. Ont été concernés par l'étude : les enfants de 0-59 mois fréquentant les centres de santé sélectionnés, le personnel des CSRéf et des CSCOM, les mères d'enfants de 0 – 59 mois consultés.

Les données ont été collectées par observation du centre de santé, selon une grille d'observation de l'agent en consultation, l'interview de l'agent et de la mère de l'enfant à la sortie de la consultation.

L'étude a permis de dégager les résultats suivants :

- La plupart des agents de santé n'avait reçu aucune formation en nutrition (89%), en gestion de la lactation (89%), et en Information, Education et Communication (IEC) (78%). Cependant à Kolokani 78% des agents étaient formés en PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) et 55% en IEC ;
- On notait une large disponibilité des médicaments à plus de 93% ;
- L'équipement et les matériels nécessaires à l'appréciation correcte de l'état nutritionnel étaient disponibles dans plus de 90% des centres mais lors de la pratique ils sont peu utilisés ;
- Les démonstrations nutritionnelles n'étaient nulle part pratiquées.

Et puis c'est surtout à Kolokani pour la prise en charge des enfants malades, que les agents de santé utilisaient les registres dans 86% des cas ($p < 10^{-6}$), les livrets de tableaux dans 78% des cas ($p < 10^{-6}$) et la carte de la mère dans seulement 18% des cas ($p = 0,001312$).

Dans les 3 cercles, la fièvre, la diarrhée et la toux étaient les motifs les plus évoqués par les mères lors des consultations. Seulement 9% des mères ont répondu que la première prise de Vitamine A se faisait à l'âge de 6 mois. Kolokani qui a bénéficié de la formation clinique PCIME se distinguait des 2 autres cercles par une meilleure prise en charge des enfants en matière de nutrition.

En conclusion, l'appréciation de l'état nutritionnel est mieux assurée dans les aires formées en PCIME clinique. Mais un suivi régulier des agents formés s'impose pour pérenniser les acquis. Les formations en PCIME clinique et en Politique, Normes et Procédures (PNP) constituent des atouts non négligeables pour une bonne prise en charge de l'enfant malade. La composante communautaire de la PCIME viendrait renforcer les acquis en enseignant aux mères des pratiques clefs en matière de nutrition.

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Former tous les agents chargés de la consultation à la PCIME clinique à Koro et à Niono ;
- Etendre la formation de la prise en charge de l'enfant à tout le personnel de santé au niveau local ;
- Faire un suivi régulier des agents formés dans tous les cercles ;
- Mettre lors des supervisions l'accent sur l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des enfants par les agents ;
- Améliorer la technique de communication des agents aux mères ;
- Réaliser régulièrement les séances de démonstration nutritionnelle ;
- Utiliser les relais communautaires pour véhiculer dans les familles les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles des enfants.

Promotion de l'allaitement exclusif :

A qui le prochain label ?

Du 02 au 06 mars 2004, une mission du comité technique de l'Initiative des Hôpitaux Amis de Bébé en abrégé IHAB a séjourné à Bla pour l'évaluation externe du Centre de Santé de Référence (CSREF). Cette évaluation organisée concomitamment par la division nutrition de la Direction Nationale de la Santé (DNS) et l'ONG IBFAN (Réseau international des groupes de soutien pour l'alimentation infantile) à laquelle le CREDOS a participé était financé par l'UNICEF. Elle avait pour objectif essentiel de vérifier la mise en œuvre des dix conditions pour la réussite de l'allaitement. Les résultats de cette évaluation ont été publiés dans le précédent numéro du Bulletin du CREDOS.

Quelques mois après, une autre mission IHAB s'est rendue successivement à Bla en 4ème région et Koulikoro en 2ème pour procéder à la remise officielle de labels aux centres de santé de référence de trois cercles SASDE à savoir Bla, Kolokani et Koulikoro.

Qu'est-ce que le label et comment l'obtient-on ?

Le « label » est un insigne confectionné par le bureau de l'UNICEF à New-York tendant à récompenser depuis déjà plus d'une décennie les efforts accomplis par les pays en faveur des enfants, notamment dans le plaidoyer pour la cause des enfants. Pour y accéder, la maternité ou l'hôpital doit satisfaire à dix conditions que sont :

- 1-Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants ;
- 2-Donner à tous les personnels les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique ;
- 3-Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ;
- 4-Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance ;
- 5- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson ;
- 6-Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale ;
- 7-Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour ;
- 8- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant ;
- 9-Ne donner aux enfants aucune tétine artificielle ou sucette ;
- 10-Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Donc il s'agissait pour les différentes missions IHAB composées de représentants de la division nutrition de la DNS, du CREDOS, de la Direction Nationale de la Promotion de la Femme, de IBFAN, de la Direction Nationale du Développement Social (DNDS) et de la Division Equipement Sanitaire et Réglementation de :

- S'assurer de la disponibilité des supports de la politique de l'allaitement ;
- S'imprégner de l'existence et de la fonctionnalité des groupes de soutien à l'allaitement ;
- Procéder à la remise officielle de labels « Hôpitaux Amis des Bébé ».

A Bla, la cérémonie a regroupé autour du sous-préfet en l'absence du préfet empêchée, la présidente du conseil de cercle, le maire de la commune rurale de Bla et ses conseillers, le medecin-chef par intérim, le personnel du Centre de Santé de Référence, le responsable de l'ASACO, les mères, les groupes de soutien à l'allaitement et le conseiller régional UNICEF de Ségou. Pour ce dernier, la remise solennelle de label au centre de santé de Bla par le niveau national est la preuve de l'engagement pris par les responsables du CSREF de lutter contre la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles. Evoquant les bienfaits de l'allaitement, le responsable régional a exprimé le souhait de voir perpétuer,

consolider et développer dans la ville de Bla la pratique de l'allaitement exclusif.

Cérémonie similaire à Koulikoro où les centres de santé de Kolokani et Koulikoro ont également reçu leurs labels. Ici comme à Bla, le clou de la cérémonie a été incontestablement les témoignages des groupes de soutien sur les avantages psychoaffectifs et surtout économiques de l'allaitement.

Partout où les équipes IHAB sont passées, des appels ont été lancés aux autres structures de santé pour qu'elles redoublent d'efforts afin d'obtenir à leur tour ce précieux label. Enfin des remises de cadeaux aux mères ayant pratiqué l'allaitement exclusif et aux groupes de soutien suivies de manifestations folkloriques et de visites guidées des différentes maternités ont mis fin aux cérémonies.

Finies les fêtes grandioses, place à une meilleure prise en charge des grossesses et de l'accouchement.

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

Face à ce drame les premières dames d'Afrique s'étaient données rendez-vous à Bamako pour s'impliquer davantage dans la lutte contre ledit fléau. La rencontre a accouché de la « Vision 2010 » dont l'objectif principal est de réduire de 50% le taux de mortalité maternelle et néonatale avant cette échéance. Ainsi dans la mouvance des activités de la Panafricaine des Femmes célébrée le 31 juillet de chaque année et dont le thème était « *Rôle de la femme dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale* », une mini caravane de presse conduite par Mme. PONZIO Nicole SIDIBE de la Direction Nationale de la Promotion de la Femme, s'est rendue du 24 au 28 juillet dans les régions de Sikasso et de Ségou. Composée des représentants de la presse écrite et parlée, le lancement de la mini-caravane a eu pour cadre le centre Aoua Keita. C'était en présence du Ministre de l'Emploi et de la Formation Professionnelle Diallo M'Bodji Sene, qui avait à ses cotés la représentante de l'UNICEF au Mali, la représentante du Ministre de la Santé, la Secrétaire Régionale de l'Organisation Panafricaine des Femmes (OPF) pour l'Afrique de l'Ouest, la Société Civile etc.

L'objectif de la mini-caravane financée par l'UNICEF était de s'enquérir de l'expérience des femmes de Zégoua réunies en groupements féminins, lesquels groupements prennent en charge tous les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement. Donc il s'agissait pour les hommes de presse de faire des reportages et recueillir des témoignages sur les actions de

réduction de la mortalité maternelle et néonatale depuis la mise en place du système d'une part, d'autre part de vulgariser cette approche qui mérite d'être connue et prise comme exemple par d'autres associations. La finalité recherchée était de réaliser un magazine qui sera diffusé à la télévision nationale et sur certaines radios de proximité ainsi que des reportages dans quelques journaux.

A Sikasso après la prise de contact avec les autorités et les médias retenus de la région, la caravane a continué sur Zégoua. A son arrivée elle a été accueillie par les autorités municipales, le médecin chef de Kadiolo et le chef de poste médical du CSCOM de Zégoua.

A l'Hôtel Dambé de Zégoua aménagé pour la circonstance, une séance de travail suivie d'une visite de terrain a eu lieu entre les autorités locales, les associations des femmes et les hommes de presse. Des différentes interventions, il ressort que l'aire de santé de Zégoua est composée de 9 villages avec une population réactualisée estimée à 22023 habitants. A en croire les représentants des groupements féminins présents à la rencontre, les recettes des récoltes étaient destinées avant aux fêtes grandioses et les populations étaient ensuite confrontées aux problèmes pécuniers de prise en charge des grossesses et accouchements. Pour inverser la tendance et sur initiative du chef de poste médical, des contacts ont eu lieu avec les groupements féminins et les chefs de familles pour les sensibiliser afin qu'ils épargnent un peu d'argent après les récoltes en vue de faire face aux dépenses liées à la grossesse et à l'accouchement. Cette proposition a été suivie d'effets car après l'adhésion des populations, une baisse sensible du taux de mortalité maternelle et néonatale a été constatée. Certaines dépenses de santé comme les consultations prénatales et postnatales, les accouchements, la SPE (surveillance préventive des enfants), les vaccinations, le planning familial et les maladies sont prises en charge à 75% par les groupements. Quant aux césariennes, elles le sont à 100%. En 2003, le taux de couverture vaccinale à en croire le chef de poste médical avoisinait les 100% ; le Planning Familial est passé de 4% à 8% et la SPE de 10% à 40%. Et puisqu'on a coutume de dire que mieux vaut voir une fois que d'entendre cent fois, la 2^{ème} étape de la séance de travail a consisté à visiter le poste avancé de santé de Katélé dirigé par Mariam Ouattara, animatrice de santé et le CSCOM revitalisé en 1994.

Après Zégoua, conformément au programme, la caravane a quitté Sikasso pour Ségou. A Sikasso comme dans la capitale des Balanzans, elle a été accueillie par la Directrice Régionale de la Promotion de la Femme puis conduite au gouvernorat de la région où une rencontre a eu lieu avec le chef de l'exécutif régional, le colonel Boubacar Bah entouré de ses collaborateurs. Au cours de cette entrevue, l'objectif de la caravane a été défini aux autorités et leur accompagnement sollicité dans le cadre de la labellisation du Centre de Santé de Référence de Bla initialement prévue par la division nutrition de la Direction Nationale de la Santé. Mais pour des raisons techniques la labellisation du centre n'a pas eu lieu. Néanmoins la caravane a quitté Ségou pour Bla afin de voir ce qui est fait dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Sur le terrain, la délégation a été accueillie par la première femme préfet de la république du Mali, Maïga Kadia Founè. Des visites ont été rendues à l'ONG de la place World Vision et au Programme de mise en valeur des plaines du Moyen Bani qui financent très souvent des activités visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le clou de la journée a été la rencontre avec le personnel socio- sanitaire du

CSRéf. Cette rencontre très riche en information a permis de comprendre qu'une nette amélioration du taux de mortalité maternelle et infantile a été enregistrée entre 1996 et 2003. Quant au taux de mortalité, il est passé de 13% en 2001 à 11% en 2002 et 9% en 2003. Comme à Zégoua, à Bla également les caravaniers ont été informés de l'existence d'une caisse de solidarité pour la prise en charge des différents cas de maladies.

L'on retient de cette visite que le combat contre la mortalité maternelle et néonatale se gagne dans un partenariat dynamique avec l'ensemble des différents intervenants. Aussi, le dynamisme des femmes de Zégoua est un exemple qui mérite d'être vulgarisé pour que l'ensemble des femmes maliennes puisse s'en inspirer. Selon la représentante de l'UNICEF, partenaire principal de cette activité, la panafricaine est une bonne occasion pour attribuer des prix à ces braves femmes.

Lutte contre le paludisme : un nouveau schéma thérapeutique est en vue.

« Contre le paludisme, il est temps de passer aux ACT » tel était le mot d'ordre de la campagne lancée par l'organisation humanitaire Médecins Sans Frontières(MSF) à l'occasion de la quatrième journée africaine de lutte contre le paludisme. Considéré par MSF comme une arme de destruction massive, le paludisme tue un enfant africain toutes les 30 secondes. Il tue entre 1,1 et 2,7 millions de personnes dans le monde chaque année dont la moitié sont des enfants de moins de 5 ans. De nombreux enfants qui survivent à un accès de paludisme grave peuvent présenter des troubles de l'apprentissage ou une atteinte cérébrale.

Selon l'OMS, 90 % des décès dus au paludisme surviennent en Afrique au sud du Sahara, touchant principalement les jeunes enfants.

Le moustique femelle anophèle est le vecteur essentiel du parasite Plasmodium falciparum, principal responsable du paludisme (encore appelé malaria).

Au Mali, le paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité avec des taux respectifs de 13% et 15,6% dans la population générale. Les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes en payent le plus lourd tribut. Alors que l'on rêvait de l'éradiquer dans les années 1960, la maladie gagne du terrain. De 1960 à 1980, la lutte contre le paludisme était essentiellement basée sur la démoustication par la pulvérisation intra et extra domiciliaire et par le traitement médicamenteux des cas de paludisme. L'objectif visé était d'interrompre la transmission de la maladie. Les campagnes d'éradication organisées et exécutées par les services verticaux avec l'appui financier des partenaires au développement se sont soldées par des échecs.

De 1978 à 1990, la lutte contre le paludisme entrait dans le cadre des Soins de Santé Primaires (SSP), dont l'objectif était de réduire de moitié le paludisme pour la décennie à venir. Cela afin d'atténuer les effets de la maladie prioritairement sur la mère et l'enfant, mais aussi sur les adultes dont l'incapacité pèse lourdement sur l'économie du pays. Les stratégies de lutte basées sur l'IEC, le dépistage précoce des malades et leur traitement, la chimioprophylaxie des groupes cibles et l'assainissement du milieu ont montré leur limite pour les raisons de risque de résistance des parasites aux antipaludiques et résistance des vecteurs aux insecticides.

En 1991, une approche novatrice basée sur la participation communautaire conformément à la politique sectorielle de santé et de population a renforcé la création des CSCOM, création qui

avait commencé en 1989. La lutte antipaludique entrainait dans un paquet minimum de soins de santé (PMA). Diverses actions menées au cours des deux dernières décennies ont marqué l'intensification de la lutte contre le paludisme au Mali parmi lesquelles on peut citer :

- La mise en œuvre d'un plan d'action quinquennal entre 1993-1997, suivi d'un plan accéléré en 1998 ;
- L'adhésion du Mali à l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » ;
- L'élaboration des stratégies de lutte antipaludiques à Mopti en avril 1998 ;
- La révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme en 2000 ;
- L'élaboration du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005 (actuellement en cours de mise en œuvre) ;
- et enfin la deuxième révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme en janvier 2004.

Actuellement, on compte 4 fois plus de cas de paludisme et 3 fois plus de morts que par le passé. Le traitement du paludisme rencontre un obstacle majeur. En effet, la chloroquine, le médicament antipaludique le moins cher et le plus largement utilisé, est désormais inefficace dans bon nombre de régions d'Afrique. Les dernières données fournies par des études d'efficacité thérapeutique de la chloroquine, effectuées au Mali ont montré une résistance entre 8% et 17% avec les chiffres les plus élevés dans les régions du Nord. Or la chloroquine a constitué le schéma thérapeutique de choix pour prévenir les conséquences du paludisme surtout chez la femme enceinte. Cette situation de résistance a favorisé l'arrivée sur le marché ces dernières années, d'un traitement nouveau mais cette fois-ci plus onéreux. Ce traitement, l'ACT (thérapie associée à base d'artémisinine) est conseillé par l'OMS et l'UNICEF dans les zones où la résistance à la chloroquine augmente.

Puisque les ACT sont relativement chers et qu'ils ne sont actuellement disponibles qu'en quantités limitées, l'UNICEF et ses partenaires sont en négociation afin que chaque enfant et chaque communauté ayant besoin de ce médicament puissent l'obtenir très facilement. D'ailleurs le ton a été donné lors de la célébration de la 4^{ème} journée africaine de lutte contre le paludisme. Dans ce cadre, un appel a été lancé aux laboratoires pharmaceutiques et aux pays donateurs afin qu'ils soutiennent l'initiative visant à rendre disponible ce nouveau médicament qui sauverait des centaines de vies chaque année. Face à la progression de la résistance aux médicaments de première intention, il convient de définir un traitement efficace de 2^{ème} ligne. La baisse sensible du coût de l'association sulfadoxine-pyriméthamine au cours de ces dernières années encourage l'exploration de cette nouvelle piste.

