

# la lettre

## Smara

### Santé Mali Rhône-Alpes

## La mère et l'enfant

Il est quinze heures et le 4x4 de SMARA parti le matin de Mopti fait route vers Niafunké en empruntant la piste du Gourma. En traversant un village non loin de Saraféré, nous sommes arrêtés et, au milieu d'interventions animées et bruyantes, nous comprenons le Dr. Luc Henry et moi-même, qu'il faut voir en urgence une jeune femme. Nous apprenons que la patiente a 16 ans, qu'elle est mariée, enceinte, et prête à accoucher. Elle a perdu les eaux il y a maintenant trois jours. Chargée dans la voiture, elle va supporter sans aucune plainte, malgré ses douleurs abdominales, les aléas de la piste et le passage du Bac sur le Niger. Ce n'est qu'à 21 heures que nous atteignons le Centre de Santé de Niafunké qui est vide. Nous prenons la responsabilité de la patiente et l'installons sur un lit libre. Nous partons à la recherche du médecin chef qui la prendra en charge et, en fin de nuit, réalisera l'extraction d'un fœtus mort et macéré. La rupture utérine a pu être évitée et cinq jours d'antibiotiques viendront à bout de l'état infectieux sévère de cette jeune femme. Elle est sauvée mais non sans séquelles périnéales.

Il faudra trois jours au mari pour rejoindre son épouse, le temps de récolter l'argent nécessaire aux soins et de faire le voyage à chameau. Loin d'être isolé, ce cas illustre toute la problématique des accouchements compliqués en milieu rural : mariage précoce, ignorance des signes de gravité, retard à consulter, éloignement du centre de prise en charge, absence de moyen d'évacuation, manque d'argent. Cela se passait il y a une dizaine d'années. Même si depuis bien des progrès sont constatés, - disponibilité d'un personnel compétent dans les Centres de Référence, gratuité de la césarienne, organisation du système de référence-évacua-



tion-, force est de constater qu'il y a encore tant à faire pour aider les femmes à mener une grossesse normale, à dépister autant que faire se peut les grossesses difficiles, à prévoir les accouchements à risque, à avoir à disposition des médecins formés à la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence.

C'est à cette tâche que s'est attelé de 2004 à 2007 un consortium d'ONG de santé travaillant dans le nord Mali, dont SMARA. Ce projet commun étant terminé, SMARA a décidé de pérenniser cette action sur les cercles de Niafunké et de Goundam.

Pour réussir ce programme, on se doit d'intervenir dès le début de la grossesse et jusqu'à l'accouchement. Il passe d'abord par la formation des accoucheuses traditionnelles qui sont le premier contact de la femme enceinte au village ou dans la fraction.

Le deuxième maillon se situe au niveau du CSCOM où la matrone ou l'infirmier chef de poste doivent être à même de dépister les grossesses et les accouchements à risques pour orienter, à bon escient et au bon moment, les femmes en difficultés. Le troisième maillon est le Centre de Santé de Référence où toute femme dont la grossesse est compliquée doit pouvoir trouver un personnel formé, compétent et disponible.

Ce numéro spécial donne la parole à tous les intervenants, à tous ceux qui sont impliqués dans ce projet et qui se mobilisent pour sa réussite.

Dr. Bruno MOULINIER

### Sommaire

▼ page 2 Vu du "cercle" de Niafunké

▼ page 3 Le projet Pilote de SMARA : la lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile

▼ pages 4-5 Paroles de Femmes : les matrones

▼ page 6 La politique de Santé Maternelle au Mali

▼ page 7-8 Stérilité : la situation de la Femme Africaine

# Le plan de Santé Maternelle Vu du “cercle” de Niafunké



*Le Dr. Hamadoum Bah est le médecin chef du Centre de Santé de Référence de Niafunké.*

*Il fait le point sur les acquis du Programme Santé Maternelle dans le Nord Mali.*



Le Mali ne dispose pas suffisamment de ressources humaines qualifiées pour faire face aux besoins en santé de reproduction ; ainsi le personnel médical exerçant déjà à Niafunké a bénéficié de formations supplémentaires pour répondre à ces besoins. En 2001, le comité de Jumelage Niafunké-Allier faisait don d'un appareil d'échographie au Centre de Santé de Référence de Niafunké.

SMARA a formé l'équipe médicale du Centre de Santé de Référence de Niafunké : médecin en chirurgie, infirmier en anesthésie, aide-soignant en instrumentiste et sages-femmes en périnatalité.

L'équipe médicale a été envoyée en formation au Centre de Santé de Référence de commune V à Bamako animé par le Dr. Maïga Bouraïma et où l'activité obstétricale est très intense.

Après trois mois de stage l'équipe médicale de Niafunké était capable de prendre en charge toutes les urgences obstétricales. Ces résultats sont confirmés en 2003 par l'enquête nationale sur les soins obstétricaux d'urgences qui montre que le cercle de Niafunké était un centre SOUC (soins obstétricaux urgence complets).

## Dupliquer l'expérience de SMARA

Le programme de Santé Maternelle Nord Mali (PSM NM) est une capitalisation des acquis de SMARA dans le cercle de Niafunké. Le PSM NM a été animé par un consortium de 6 ONG européennes dont SMARA. Il avait pour but de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans les régions du Nord Mali.

Il s'agissait en pratique de former dans chaque “cercle” deux équipes chirurgicales capables de prendre en charge les urgences obstétricales et de doter chaque cercle d'un échographe.

En fait, il s'agit de dupliquer l'expérience de SMARA à Niafunké dans les onze districts sanitaires du Nord Mali.

L'originalité du PSM NM réside dans sa méthodologie qui consiste à une évaluation préalable des besoins pour y apporter ensuite une réponse concrète. C'est ainsi que

parallèlement à la formation des agents, le Centre de Santé de Référence de Niafunké a bénéficié d'un équipement complémentaire : 30 matelas, un kit d'anesthésie, un échographe et une moto tout-terrain.

## Communiquer sur la Santé Maternelle

L'aspect le plus important du PSM NM se trouve à mes yeux dans le volet “communication”.

Dans un pays où le taux d'analphabétisme est très élevé la sensibilisation autour des problèmes de santé de reproduction est très importante.

La technique originale consiste dans la réalisation d'émissions diffusées par les radios de proximité et suivies par des débats au sein des cellules d'écoute : c'est une expérience inédite.

Se basant sur des cas concrets dans les villages, les animateurs amènent les auditeurs à prendre conscience des problèmes liés à la santé de la reproduction et de l'importance des consultations prénatales et des accouchements assistés.

Au Mali, depuis juin 2005 la césarienne est gratuite et le système d'évacuations des urgences obstétricales est organisé entre les Cescoms et les Centres de santé de référence.

Cependant certains problèmes demeurent en particulier :

- Le faible taux d'accouchements assistés
- Le problème d'évacuation des urgences entre le village et le Cescom
- Le faible pouvoir de décision des femmes en ce qui concerne leur propre santé : beaucoup de femmes doivent avoir l'autorisation du chef de famille pour aller dans un centre de Santé.

Pour toutes ces raisons, il serait souhaitable qu'il y ait une seconde phase pour consolider les acquis et tenir compte des problèmes qui persistent.

Dr Hamadoum Bah, Médecin-Chef du Cesref de Niafunké

## L'organisation des soins au Mali

Dans les communes se trouvent des Centres de Santé Communautaires (Cescom) sortes de dispensaires plus ou moins dotés et administrés par une assemblée villageoise.

En principe il y a un infirmier, une matrone (assistante sage-femme) et un “pharmacien” qui vend les médicaments disponibles. Rarement un médecin : dans la région dont s'occupe SMARA seul le Cescom de Dianké a un médecin.

Le Centre de Santé de Référence (Cesref) est un petit hôpital dont l'équipement est variable : là se trouvent un ou plusieurs médecins et une ou plusieurs salles d'opération. Quand un malade pose des problèmes on le “réfère” au Cesref le plus proche.

Dans cette construction pyramidale, au-dessus du Cesref se trouve l'hôpital régional où sont représentées plusieurs spécialités. Cescom à Léré, Cesref à Niafunké, à une heure et demie de piste de Léré, et hôpital régional à Tombouctou (300 kilomètres par la piste).

# Mortalité Maternelle et Infantile

## La lutte continue...



*La première partie du Programme sur la Santé Maternelle dans le Nord Mali a été conduite par un consortium d'ONG européennes. Le Dr. Luc Henry qui en a fait l'évaluation trace ici les grandes lignes du développement du nouveau projet de SMARA.*

Le Programme Santé Maternelle de SMARA au sein du consortium européen a permis la mise à niveau des équipes médico-chirurgicales dans les "chefs-lieux de département" (Cercles). Des césariennes sont ainsi régulièrement réalisées depuis 2 ans dans les hôpitaux de Niafunké et de Goundam.

Afin que l'ensemble de la zone couverte par un hôpital (100 à 140 000 km<sup>2</sup>) profite de cette nouvelle offre de soin, il était nécessaire que les centres de santé de commune dépistent mieux les femmes enceintes qui pourraient en bénéficier.

SMARA a essayé d'initier cette stratégie en organisant les consultations d'un médecin dans cinq centres de santé avec un appareil d'échographie ultra-portable. Le médecin de Dianké, du Centre de Santé Communautaire des Lacs, a été formé à l'échographie obstétricale de base et réalise depuis deux ans des déplacements sur la zone, en moto, l'appareil d'échographie autonome dans un sac à dos.

### Médecin et Matrone

Une évaluation de ce projet a été réalisée en Janvier 2007. Elle a permis de confirmer la faisabilité de cette stratégie et d'en dégager les éléments positifs et ceux à améliorer.

Ces consultations "avancées" ont permis d'établir une communication entre le médecin et les matrones, habituellement seules, en charge des grossesses et des accouchements. Les femmes avec des grossesses à risques étaient convoquées à cette visite bimensuelle où le médecin pouvait les examiner et réaliser un contrôle échographique. Il était alors recommandé à ces candidates à une césarienne ainsi détectées, de se rendre en famille, à proximité de l'hôpital départemental, 15 jours à trois semaines avant la date prévue de l'accouchement.

Le rapprochement des registres des différentes structures (consultations prénatales et accouchements dans les centres

de santé et à l'hôpital) a permis de vérifier le suivi de tels conseils. 25 à 30% des césariennes réalisées en 2006 dans l'hôpital de Cercle provenaient de la zone qui avait été couverte par ce programme.

Pour améliorer encore les effets de cette stratégie, il est prévu pour 2008 de renforcer la communication avec les Accoucheuses Traditionnelles (AT) familiales et/ou villageoises, loin de toute structure de santé. En les incitant à montrer les cas à risques à la matrone du Centre de Santé, on espère ainsi diminuer la fréquence des morts in utero qui surviennent en général en cours de travail à domicile où la femme enceinte est retenue par les traditions familiales et socio-culturelles.

### D'autres échographes

Ensuite il est nécessaire d'étendre l'usage de l'échographe aux Centres de Santé même non médicalisés, en apportant du matériel amorti d'Europe et dont les structures biomédicales hospitalières ne savent pas toujours quel sort lui réserver. Avec cet équipement, la matrone pourrait réaliser une datation précise de la grossesse et de son terme (échographie du premier trimestre) : elle serait ainsi assurée, quand commence le travail, de l'absence de cause possible de dystocie et pourrait envisager un accouchement sans problèmes. L'amélioration conjointe des compétences et de la communication entre les acteurs de santé maternelle et néo-natale devra permettre de réduire la fréquence des enfants mort-nés après celle de la mortalité maternelle.

La mise en œuvre de telles mesures peut paraître utopique et nécessite l'adhésion des autorités de santé maliennes. Elle correspond à l'idée que l'association SMARA veut donner d'elle-même aux populations locales : proposer des solutions innovantes et adaptées aux problèmes de santé quotidiens. Et elles seront adoptées par les populations si elles font la preuve de leur efficacité.

Dr. Luc Henry

## En bref

### Les boursiers de SMARA

Les cinq étudiants en médecine qui reçoivent une bourse de SMARA étaient contents de pouvoir vivre grâce à elle alors que le gouvernement n'assurait plus son soutien aux étudiants boursiers lors du conflit qui l'opposait aux internes de l'Ecole de Médecine.

Selon leur "contrat" ils participent aux actions de SMARA (aide aux campagnes de vaccination, aux différentes missions...)

Ainsi Abdoul fatah Saliou, 6<sup>è</sup> année, est parti assurer l'intérim du Dr. Koné à Dianké de novembre à janvier.

Certains envisagent même de lier SMARA plus étroitement à

leur cursus comme Souleymane Arouwani qui souhaite soutenir sa thèse sur une des actions de SMARA .

Ils forment un groupe qui s'entraide ; ils fréquentent la base à Bamako où ils peuvent consulter les ouvrages de médecine mis à leur disposition dans la "petite" bibliothèque.

### Changements

Laurence Touré n'a pas souhaité renouveler son contrat de chef de mission qui s'achevait fin septembre. Les activités au Mali sont sous la responsabilité de Quentin Boucquet administrateur et de Souleymane Sidibé coordinateur terrain.

# Portaits croisés Les Matrones



*Dans chaque commune, un Cescom. Dans chaque Cescom, une matrone dont le rôle est déterminant pour le bon déroulement de la grossesse et la réussite de l'accouchement. C'est un personnage clef du système sanitaire malien.*

Le mot "matrone" a un sens particulier en Afrique. Il désigne la femme qui accompagne la grossesse, gère l'accouchement et assure les consultations postnatales. Elle n'a pas la formation de la sage-femme, mais elle ne s'appuie pas sur des pratiques ancestrales et rudimentaires comme l'accoucheuse traditionnelle. Elle a suivi une formation professionnelle dispensée dans des écoles d'infirmières lors de stages plus ou moins longs. Elle est théoriquement payée par la commune...qui oublie parfois ses obligations.

Dans le Cescom le plus rustique, elle a son bureau ainsi qu'une salle avec une table pour pratiquer les examens et faire l'accouchement. Mais, dans cette VI<sup>e</sup> région du Mali, dans les cercles de Dianké et de Niafunké, nous oublions souvent que peu de villages ont l'électricité ; ainsi lorsqu'un accouchement doit se faire de nuit, la matrone n'a plus qu'à caler sa lampe torche contre son cou pour avoir les mains libres !

## Registres et fonction

Sur son bureau trônent les trois registres qu'elle tient avec soin...

Le premier est celui des consultations prénatales : il devrait y en avoir 3 ou 4 selon les directives de l'état pour la Santé de la Reproduction. Or, 50% des femmes ne font aucune visite prénatale !

Le second est celui des naissances car, en zone rurale, la matrone tient effectivement le registre d'état civil. Or, un tiers seulement des naissances a lieu dans un Centre de santé ! Il semble bien, qu'en zone rurale, toujours, on vienne déclarer à la matrone les enfants qui sont nés en dehors de ses soins !

Enfin, le troisième registre est consacré aux consultations postnatales, les moins suivies et pourtant les plus pédagogiques. Huit jours après la naissance a lieu "le baptême" qu'on accompagne du BCG ce qui constitue la première consultation postnatale. La matrone tente aussi de sensibiliser ses patientes à la "planification familiale". La femme malienne a, en moyenne, 6,8 enfants, et, chez les Touaregs, par exemple, une femme peut mettre au monde 8 à 10 enfants ! Mais les hommes sont pratiquement absents lors de ces consultations et le contrôle des naissances est souvent géré, dans les villages par les Anciens, hommes ou femmes qui obligent simplement le couple à vivre séparé pendant un certain temps !

La matrone contrôle les risques d'infection de la mère, la conseille pour les soins à apporter à l'enfant, pour l'alimentation du bébé : les mères allaitent leurs bébés le plus longtemps possible — jusqu'à 22 mois pour les garçons, 18 pour les filles — mais dès le 6<sup>e</sup> mois elles complètent avec une alimentation à base de bouillies légères et d'aliments locaux.

## Ordonnances et conseils

La matrone délivre des ordonnances. Ainsi lors des examens prénatals, très simplifiés mais très précis, codifiés sur une feuille verte qui correspond au carnet vert de la patiente (mis en place par les médecins de SMARA), elle peut ordonner des médicaments qui seront achetés auprès du gérant de pharmacie dont le

bureau jouxte le sien.

Mais surtout, et son rôle est primordial (la mortalité des femmes qui accouchent est 18 fois plus élevée dans les pays en voie de développement), elle détecte les grossesses à risques ou qu'elle prévoit difficiles, elle en informe alors le médecin du Cescom de Dianké qui peut se déplacer avec son



échographe portable et organise alors l'évacuation de la femme vers le Centre de Référence où l'accouchement sera pris en charge par un chirurgien. Or, nous sommes dans la brousse, avec un habitat dispersé, peu de moyens de transport "confortables" et surtout pas d'autres voies de communication que les pistes...

Les sept matrones que nous avons rencontrées sont différentes les unes des autres mais elles ont des points communs. D'abord elles s'expriment en français, savent lire et écrire ; ce qui n'est pas toujours le cas des Maliennes dont près de 80% n'ont pas fréquenté l'école. Ensuite elles ont une certaine indépendance financière qui leur confère une autonomie. Néanmoins nous apprenions qu'à Léré la matrone la plus ancienne qui venait de perdre son mari était mise en quarantaine pour vivre son veuvage et de ce fait ne pouvait exercer son métier. Le village qui veillait à l'application de la tradition lui assurait sa subsistance.

Toutes attendent l'aide de SMARA pour se perfectionner et mieux répondre aux besoins spécifiques des femmes du Nord-Mali. Maryama Walet Ali (24 ans), fille de l'ancien directeur d'école,

est une des matrones de Léré. A la fin de l'école secondaire (équivalent de la 3<sup>è</sup>), elle a suivi une formation de matrone à l'école d'infirmières de Gao, payée par SMARA. Elle fait une trentaine d'accouchements par mois. Elle a une certaine idée de son métier, est consciente des risques qu'encourent les femmes, parle d'échographie, évoque les problèmes de contraception



mais aussi la crainte du Sida "on n'a pas de tests de dépistage, on n'a pas toujours des gants..." Elle voudrait suivre une formation de sage-femme.

Adiarra Kanapo, la deuxième matrone (22ans), s'est formée sur le tas, en alternance. Logeant sur place, à l'hôpital, assistant le médecin qui lui a fait une attestation lui donnant le titre de

matrone. "J'ai l'amour du travail, pendant 6 ans j'ai fait du bénévolat, jamais fâchée, jamais découragée... J'aime la santé, j'aime porter la blouse. J'aime les femmes enceintes qui suivent les visites, je les encourage à venir !"

Le Cescom d'Attara est peu soigné, voire sale, mais le bureau de la matrone est rangé ; Coumba Djigoua porte un joli boubou car c'est jour de marché. Elle a suivi, en 2003, grâce à SMARA, un stage de 6 mois à l'hôpital où alternaient théorie et pratique. Elle dénombre à peu près 30 accouchements par mois se plaignant des difficultés à sensibiliser les femmes à suivre les CPN "dans le milieu peulh les femmes sont comme des animaux, elles accouchent seules". Elle aimerait faire une autre formation "pour augmenter mes connaissances sur la femme".

Agaïssa Dycko est matrone au Cescom de Dofana depuis 3 ans. Sur ses registres clairement remplis elle compte 116 visites entre juin et septembre.

Elle a d'abord suivi des cours durant 6 mois à Tombouctou puis a eu un complément de formation active à Niafunké payé par SMARA "En brousse les femmes ne viennent pas en CPN s'il n'y a pas de complications : elles ont les accoucheuses traditionnelles". Concernant la planification des naissances elle reste fataliste : "Dieu voulait ça, personne ne peut empêcher ce que Dieu a voulu".

A Soumpi les deux matrones respirent la joie de vivre. Comba Bari est la plus âgée ; elle a commencé son métier il y a 36 ans mais a bien voulu suivre une formation à Niafunké l'an passé.

Dycko Coulibaly est rayonnante, telle une maternité triomphante elle porte son dernier-né, un somptueux bébé. Elle est allée à l'école jusqu'en 8<sup>è</sup> puis a suivi une formation d'accoucheuse traditionnelle et de secouriste. Lorsqu'elle est venue à Soumpi, sur les conseils du Dr. BAT elle a suivi une formation de matrone à Tombouctou, subventionnée par SMARA. Le CSCOM fonctionne bien, les femmes des villages environnants, mieux informées grâce à une cellule villageoise active, fréquentent le centre.

A Dianké, le seul Cescom à avoir un médecin, la matrone est Penda Kelly. C'est un autre parcours : elle a quitté l'école, jeune et c'est son mari qui l'a poussée à devenir accoucheuse à domicile. Lorsqu'il a pris sa retraite dans le nord à Dianké, elle a continué son activité mais alors c'est le village qui a payé sa formation. Forte de son expérience, elle travaille avec calme et minutie. C'est la première des matrones qui évoque les cas d'avortement.

## Manuel de Dermatologie

Smara vient de concevoir un **Manuel de Dermatologie** pratique.

C'est le résultat des campagnes de dermatologie conduites par le Dr. Catherine Goujon (CHU Lyon Sud) en compagnonnage avec le Dr. Pierre Traoré (Institut Marchoux Bamako).

Ce manuel recense tous les cas examinés de manière très simple et efficace : une photo, un diagnostic, un traitement. Tiré dans un premier temps à 2000 exemplaires grâce à

l'aide du **Rotary Club de Lyon**, cet ouvrage sera distribué **gratuitement** au Mali à l'attention des infirmiers, des chefs de poste, des étudiants en médecine et des médecins généralistes.

La distribution se fera dans les prochaines semaines sous l'autorité du Professeur Abdel Kader Traoré, directeur du CNAM à Bamako.

La remise officielle du document aura lieu le 25 février prochain à Bamako.

# Politique de Santé maternelle au Mali



*Ce texte a été élaboré par le Pr Toumani SIDIBE, Directeur National de la Santé, le Dr. Binta KEITA, chef de division Santé de la Reproduction à la DNS, le Dr. TRAORE Marcelline DIAKITE, Chef de Section "Santé des Femmes et des Enfants" à la DSR, et le Dr. Nama MAGASSA, Chef Unité Planification, Formation et Information Sanitaire à la DNS.*

## CONTEXTE

Les femmes représentent environ 51 %. Le taux d'accroissement est de 2.2 % et l'espérance de vie à la naissance est de 62 ans. Les femmes en âge de procréer représentent 22 %, les naissances attendues 5%, les enfants de 0-11 mois 4 %, les enfants de 0-5 ans 18 %, de la population.

Au Mali comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile sont très élevés. Ils sont respectivement de 582 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali -III de 2001, 46 pour 1000 pour la mortalité néonatale et 96 pour 1000 pour la mortalité infantile selon les résultats de l'EDSM -IV de 2006.

Il a été constaté aussi que la prévalence contraceptive reste toujours faible au Mali avec le plus fort indice de fécondité en Afrique (6.8) tout en sachant que la PF contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Par ailleurs le VIH constitue un problème de santé publique dont les femmes et les enfants sont les plus touchés.

Depuis des décennies notre pays a participé à plusieurs initiatives pour lutter efficacement contre cette tragédie parmi lesquelles on peut citer l'Initiative pour "la maternité sans risque" lancée en 1987, le sommet mondial qui a fixé les Objectifs de Développement pour le Millénaire en 2000, la Vision 2010 adoptée par les Epouses des Chefs d'Etats de l'Afrique de l'Ouest et du centre lors d'un forum à Bamako en Mai 2001.

Plus de 15 ans après le lancement de l'Initiative Maternité Sans Risque, en Afrique, les taux de mortalité maternelle et périnatale n'ont malheureusement pas connu une amélioration significative dans plusieurs pays.

A ceci s'ajoute la morbidité maternelle dont la Fistule Obstétricale, cause de séquelles les plus dévastatrices pour la mère qui a survécu à un accouchement prolongé.

Le Mali a adapté la Feuille de Route de l'OMS au contexte national du 24 au 28 juillet 2006, réunissant les cadres du Ministère de la Santé, des autres départements ministériels impliqués, de la Société civile et des partenaires techniques et financiers en vue d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales pour l'atteinte des objectifs du millénaire.

## DEFIS

- Persistance de l'impact des deux premiers retards sur le système de référence-évacuation (retard dans la prise de décision familiale pour le recours aux soins, retard dans le transport du village vers le premier niveau de référence) et déficit important en structures des soins obstétricaux d'urgence de base.
- Insuffisance et mauvaise répartition du personnel qualifié : une sage-femme pour 23 928 habitants contre une sage-femme pour 5 000 habitants selon les normes de l'OMS ; 68% de ces sages-femmes et 75% des gynécologues (au nombre de 37) travaillent à Bamako) ; 16 Pédiatres à Bamako.
- Faible taux de couverture des femmes enceintes et des nouveau-nés en interventions essentielles intégrées de qualité

(grossesse et paludisme, consultations postnatales, soins essentiels du nouveau né, prise en charge du nouveau né malade).

- Persistance de traditions néfastes telles que les mariages et les grossesses précoces
- Insuffisance dans la collecte des données et informations sanitaires fiables (collecte, analyse, utilisation et documentation)
- Insuffisance des actions de promotion de la santé de la mère et du nouveau né au niveau communautaire et des ménages (pratiques néfastes, croyances)
- Faible prévalence contraceptive (6,4% selon EDSM IV)
- Insuffisance dans la coordination/suivi des actions de Soins maternels néonataux et infantiles (SMNI)
- Insuffisance de couverture des systèmes d'assurance maladie
- Faible utilisation des ressources mobilisées due aux procédures



## STRATEGIES

Les stratégies retenues pour soutenir les interventions et atteindre les objectifs sont les suivantes :

- Renforcement de la coordination et du partenariat.
- Renforcement des structures et organisations de la société civile.
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) dans toutes les structures de santé fonctionnelles.
- Renforcement du Système de Référence - évacuation.
- Renforcement du système local d'information sanitaire.
- Développement des ressources humaines en matière de SMNI.
- Intensification des activités de planification familiale dans les structures de santé et dans la communauté à travers la campagne annuelle de promotion de la PF, l'implication des hommes et des religieux
- Extension de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant à toutes les structures offrant des services de SONE.
- Renforcement des mécanismes de financement alternatif (caisse de solidarité, mutuelle, Fonds d'Assistance Médicale, Assurance Maladie Obligatoire...).
- Plaidoyer pour un renforcement de l'engagement de l'état et des partenaires en faveur de l'appui technique et de l'augmentation des ressources pour la santé maternelle et néonatale.
- Suivi et évaluation

# Stérilité : situation de la femme africaine



*Depuis l'Antiquité, la femme tient une place toute particulière en Afrique, une place centrale dans la construction de la société. Elle a rempli parallèlement le rôle de mère de famille, de travailleuse dans les champs, et d'épouse, mais elle a aussi une action particulière dans l'organisation des villages.*

L'exode rural, puis l'immigration des hommes dans les sociétés plus développées, a conduit la femme africaine à voir son rôle modifié par le développement. La construction patriarcale de nombreuses sociétés africaines, a conditionné la femme dans son rôle de procréation et d'éducation des enfants.

C'est pourquoi, toute atteinte à cette capacité d'être mère, conduit à une perte d'identité à chaque fois dramatique. Les femmes stériles sont en effet souvent rejetées par leurs maris, d'autant que de nombreuses sociétés acceptent encore la polygamie.

## STATUT DE LA FEMME AFRICAINE

Depuis l'Antiquité, la femme africaine est représentée dans la statuaire, comme femme enceinte, traduisant ainsi sa fonction, et son identité tribale.

Dans le village traditionnel, la femme, outre le travail des champs, assure la procréation, l'éducation des enfants, et les tâches ménagères. De tout temps, dans la société tribale africaine, la petite fille a été élevée comme une future maman chargée de toutes les occupations ménagères, au contraire des petits garçons qui recevaient une éducation plus "guerrière".

L'homme travaille au champ, et en tant que "guerrier", assure traditionnellement la protection du village et des plus jeunes enfants. L'évolution des sociétés africaines, conduisant à un exode rural, ou à une émigration vers les pays développés, a encore renforcé la fonction de procréation et de prise en charge des enfants dans la société africaine. Toute atteinte à ce rôle primordial, conduit ainsi à une exclusion du champ de la position sociale traditionnelle.

## LES PRINCIPALES CAUSES DE LA STERILITE EN AFRIQUE

Si l'on met à part les causes traditionnelles que l'on retrouve dans nos pays et l'infertilité masculine, au demeurant très mal accep-

tée en Afrique, des causes spécifiques de stérilité apparaissent sur le continent africain.

La liberté sexuelle (dès le plus jeune âge), et la faible prévention des maladies sexuellement transmissibles, conduisent à un nombre de lésions tubaires extrêmement élevé.

En outre, la fréquence de l'infection par le VIH (dans certaines villes + de 30% de la population est atteinte), répand des contaminations fœtales et des morts maternelles.

Outre ces maladies sexuellement transmissibles, des atteintes parasitaires de l'appareil génital sont fréquentes, ainsi que des lésions tuberculeuses.

Les mutilations sexuelles encore très répandues, les avortements provoqués qui entraînent des séquelles majeures ainsi que les complications obstétricales après naissance d'un premier enfant, sont à l'origine d'un taux d'infertilité, 2 à 3 fois supérieur à celui que nous rencontrons dans nos régions.

Le tableau est encore assombri par un taux de mortalité maternelle obstétricale de l'ordre de 0,5%.

Ce taux élevé de stérilités conduit à un rejet de la part des sociétés africaines.

**La femme ne pouvant plus assumer son rôle de procréation, est rejetée par son mari, d'autant que la polygamie reste répandue.**

## COMMENT LUTTER CONTRE CETTE DISCRIMINATION QU'ENTRAINE LA STERILITE ?

Les solutions ne peuvent être qu'issues d'un développement de la société africaine plus ou moins aidé par les pays les plus développés.

Au plan sociétal, l'émancipation de la femme africaine en tant que telle, par l'alphabétisation, l'éducation, l'autonomie professionnelle et financière, la réduction et la disparition des mutilations sexuelles, la promotion sociale de la femme africaine, doivent conduire à sa libération.

La prise en charge de l'infertilité en Afrique obéit à **trois conditions** : la prévention, la prise en charge rapide des maladies sexuellement transmissibles et le traitement spécifique de la stérilité.

## En bref

### Missions 2007

Il y a eu trois missions de suivi des projets tout au long de l'année. De plus **le projet pilote du programme santé maternelle** a été évalué par Luc Henry du 6 au 14 janvier.

**Campagnes de vaccination** : janvier, février et mars dans le cercle de Goundam avec le Dr. Bruno Moulinier et le Dr. Youssouf Koné ; trois passages entre janvier et avril : 10 819 personnes vaccinées contre la méningite, 971 enfants (BCG, DTCP, hépatite B, rougeole, fièvre jaune) ; 260 femmes contre le tétanos.

**Dermatologie** du 3 au 12 février, mission de compagnonnage (soins et formations) menée par le Dr. Catherine Goujon, Dr. Monique Dupouy et Dr. Pierre Traoré avec les médecins des Cesref et les onze chefs de poste. 222 dermatoses ont été identifiées et soignées.

**Ophthalmologie**, du 24 novembre au 19 décembre, deux équipes coordonnées par le Dr. Claude Pingault, avec le Dr. Chantal Morlot, le Dr. Dominique Giraud et le Dr. Corinne Guilbot ; 845 consultations, 93 opérations de la cataracte, 185 lunettes fournies.

# Stérilité : situation de la femme africaine



Il faut d'abord assurer **la prévention** des maladies sexuellement transmissibles par l'usage large du préservatif, et par un développement de la contraception, permettant d'éviter le recours à l'avortement provoqué, souvent réalisé dans des conditions d'hygiène catastrophiques, et à l'origine de complications majeures. A cet égard, l'autorisation en Afrique du Sud de la contraception, et la légalisation de l'avortement, ont permis de faire chuter de façon considérable la fréquence des stérilités.

Ensuite, pour **la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles** et des parasitoses, les traitements rapides par l'antibiothérapie donnent de bons résultats. Encore faut-il d'une part que le diagnostic soit porté, et que la diffusion des antibiotiques soit possible. C'est là tout le problème du renforcement du tissu médico-social et de l'accès aux thérapeutiques par les femmes africaines. Le rôle des ONG est là majeur, permettant à la fois la prévention, et par une intervention directe, l'accès aux traitements.

Enfin quelques remarques sur **des traitements spécifiques** et adaptés de l'infertilité. La plupart des victimes de la stérilité en Afrique sont le plus souvent jeunes et porteuses de

lésions tubaires, qui sont assez facilement accessibles à un traitement chirurgical. La formation de gynécologues obstétriciens habitués à ces techniques dans les CHU ou dans les hôpitaux des grandes métropoles, apporte probablement la meilleure solution.

Les techniques les plus modernes d'aide médicale à la procréation (induction de l'ovulation médicamenteuse, insémination intra-utérine, fécondation in-vitro), sont parfaitement licites. Cependant elles sont onéreuses et demandent une formation spécifique lourde, ainsi qu'une infrastructure adaptée, et un suivi extrêmement rigoureux.

Il est difficile d'empêcher les populations africaines d'y accéder, il paraît au contraire bien plus performant et utile, de recourir aux techniques les plus simples, afin de prendre en charge l'infertilité. En conclusion, l'infertilité représente un problème majeur au sein des sociétés africaines. La prévention de la stérilité par la contraception, la lutte contre les MST, et l'amélioration de la condition sociale de la femme africaine, doit être prioritaire.

Dr. Jean Michel DREYFUS  
Dr. Antoine WATRELOT



## En bref

### Missions 2008 (1<sup>er</sup> semestre)

**Dermatologie.** Le Dr. Catherine Goujon et le Dr. Pierre Traoré, mission de compagnonnage : (transfert de compétences, soins et formation) et réunion officielle au Mali pour remise du manuel de dermatologie le 25 février.

**ORL,** Dr. Claude Jacquemard et le professeur Dubreuil en février dans le service du professeur Alhousseini à l'hôpital G. Touré en février. (dans le cadre du partenariat médical SMARA).

**Ophtalmologie,** février 2008 mission prospective sur la poursuite du projet de SMARA pour étudier sa pérennité et son intégration dans la politique de santé malienne.

**Médecine de campagne,** mai 2008 mission de compagnonnage au Cescom de Dianké avec le Dr. Yves Menguy, le Dr. Youssouf Koné et un étudiant boursier.

**Evaluation des actions** du 1<sup>er</sup> semestre, en juin : médecine scolaire, santé maternelle, suivi des étudiants...

### SANTE MALI RHONE-ALPES

7, rue de la Charité - 69002 LYON - France **Tél : 04 78 37 24 07 - Fax 04 72 41 04 94 - smaraosi@wanadoo.fr**  
Korofina Sud rue 96 - Bamako - MALI - Tél. : 00 223 224 56 50 / 00 223 520 26 68

#### Bureau de l'Association :

Bruno Moulinier (président), Luc Henry, Maurice Jomard, Claude Moulinier, Catherine Goujon, Claude Jacquemard, Sarah Chaboud, Claude Pingault.  
**Secrétariat Lyon :** Agnès Viret - **Directeur de la Publication :** Bruno Moulinier - **Conception, rédaction :** Elyane et Bernard Villeneuve  
**Graphisme Logo :** Delphine Chauvin - **Imprimeur :** Jacques Poix Communications