

2. Un combat quotidien contre

la mortalité infantile

Installés dans le cadre du programme « pour une médecine de campagne », plus de 80 médecins (dont 4 femmes) sont aujourd'hui installés au Mali, certains depuis plusieurs années, d'autres plus récemment. Cela permet d'avoir aujourd'hui suffisamment de recul pour évaluer les progrès réalisés et le chemin qui reste à parcourir dans un domaine sensible, celui de la mortalité infantile. Les témoignages des médecins montrent la complexité des problèmes qui ne sont pas seulement d'ordre sanitaire.

Centre de Santé Communautaire de Nongon, Mali. Une vingtaine de patients, assis à l'ombre de la galerie, attendent sagement leur tour. Beaucoup de femmes enceintes ou accompagnées d'enfants : elles constituent la majorité de la clientèle.

La santé maternelle et infantile constitue un enjeu essentiel de la politique de santé au Mali : 23 % des enfants meurent avant l'âge de 5 ans !

«Les causes sont multiples», analyse le Professeur Ogobara Doumbo, représentant de Santé Sud au Mali. «Il y a des causes infectieuses, sur lesquelles les progrès de la vaccination ont permis d'agir très efficacement, des causes environnementales, à l'origine des maladies hydriques, de la bilharziose... et des causes comportementales liées à la pauvreté et au manque d'éducation. Il faut lutter contre la pauvreté sociale et culturelle».

Ce diagnostic est largement partagé par les médecins de terrain qui constatent les progrès réalisés mais aussi les freins à une amélioration rapide.

Vaccination et planification familiale : de réels progrès



Tous s'accordent à dire que la politique de vaccination, la planification familiale, l'amélioration du suivi des grossesses et la progression de l'accouchement assisté ont eu des résultats très bénéfiques, même si ceux-ci sont inégaux d'une région à l'autre.



«Depuis que je me suis installé à Nongon, la fréquentation du Centre de Santé a été multipliée par 3» affirme le Dr Seydou Konaté.

La vaccination (diphtérie, tétanos, polio, rougeole, tuberculose...), prise en charge par l'Etat, a énormément progressé. Les consultations prénatales et l'accouchement assisté aussi. L'impact sur la mortalité infantile est réel. Il y a en moyenne 20 cas par an de mortalité infantile et cela fait 4 ou 5 mois que je n'en ai pas eu».

Au Centre de santé de Niono Central où exerce depuis juin 2005, une jeune femme, le Dr Nema Diallo, on vaccine tous les jours. Une fois par mois, elle fait une sortie dans les villages : au menu, vaccinations mais aussi consultations prénatales, consultations enfants. C'est la «stratégie avancée» qui consiste à aller vers la population.

«Les femmes ont compris que même si leur enfant n'était pas malade, elles devaient venir à la consultation, pour vérifier le poids, bénéficier de conseils pour l'alimentation de leur enfant, c'est un gros progrès» dit-elle.

La planification familiale qui s'est heurtée à beaucoup de résistances mais a fait peu à peu son chemin, constitue une avancée considérable.

«Les femmes ont moins d'enfants : plus d'une dizaine quand je suis arrivé, aujourd'hui, 6 ou 7, c'est un très gros progrès ! Ayant moins d'enfants et moins rapprochés, elles s'en occupent mieux» témoigne le Dr Konaté.

«Observez les femmes, toutes ont un enfant dans le dos, un à la main, un dans le ventre», soupire Mariam Sy, la première femme installée comme médecin de campagne, à Kafana, elle-même mère de trois 3 enfants. Mariam a participé pendant 2 ans à un projet de planning familial et nutritionnel, financé par le Fonds de Développement Social. « Nous donnions aux femmes des conseils pour la contraception, mais aussi la nutrition et l'hygiène. Au début les hommes se sont révoltés, des rumeurs couraient, il a fallu convaincre les gens que cela n'avait pas d'incidence sur la fécondité mais les femmes ont compris et maintenant les hommes aussi».

«Les gens pensent encore parfois que la contraception peut être la cause de décès, de stérilité ou de naissances gémellaires» confirme le Dr Lassine Keïta, jeune médecin installé au Centre de Santé Communautaire de Dandresso depuis juin 2005, mais peu à peu les gens comprennent que les naissances plus espacées, cela soulage tout le monde y compris les pères !»

Accouchement assisté : «l'habitude est une corde solide !»

Autres progrès : Les consultations pré-natales, de plus en plus suivies. En revanche, l'accouchement assisté a du mal à s'imposer.

«Les consultations pré-natales sont suivies à 80%», indique le Dr Keïta, «en revanche, seulement 48% des accouchements sont assistés. Beaucoup de femmes préfèrent accoucher chez elles ou viennent à la maternité quand c'est trop tard. C'est la source de la plupart des cas de mortalité néo-natale.

Les raisons sont multiples : habitude d'accoucher à domicile, refus du mari d'amener sa femme, souvent pour des raisons financières, recours aux accoucheuses traditionnelles, moins chères, mais aussi crainte que cela ne porte malheur à l'enfant.

Les accouchements assistés ne sont pas seulement plus sûrs pour la mère et pour l'enfant, ils permettent aussi de distribuer gratuitement de la vitamine A et des moustiquaires imprégnées, de faire un diagnostic patho-congénital, de dépister les cas d'infection ou d'anémie chez la mère. Mais comme le dit un proverbe malien, l'habitude est une corde solide !»



D.R.

Un accouchement coûte en moyenne 2000 F CFA (3 Euro), 1000 F lorsqu'il y a une mutuelle, la cotisation annuelle permettant de payer consultations, médicaments et accouchements à prix réduit. C'est beaucoup pour certains.

«Les gens ne sont pas misérables, mais il sont pauvres» soupire le Dr Konaté. Dans cette région cotonnière, le revenu est très lié aux fluctuations du cours du coton."

Il a mis en place, avec l'ASSACO (l'Association de Santé Communautaire qui gère le Centre de Santé) un système de motivation : toute femme qui vient aux 4 consultations prénatales et accouche à la maternité a droit à de la vitamine A gratuite, à la première dose de contraceptif dans le cadre du planning familial, et à 3 coupes de tissu.

Malnutrition, insalubrité : des handicaps liés à la pauvreté

Si la mortalité néo-natale est en baisse, la mortalité infantile, elle demeure élevée. Ainsi, depuis son installation, le Dr Lassine Keïta, n'a eu qu'un seul cas de mortalité néo-natale, mais 8 cas de décès d'enfants de 1 à 4 ans, dont 2 de malnutrition et 2 de diarrhée. «Ils ont été amenés beaucoup trop tardivement» déplore-t-il.

La malnutrition est pour lui un problème clé, lié à différentes difficultés :

- 1) les enfants sont sevrés trop tôt du fait de grossesses trop rapprochées, alors que l'allaitement maternel est bon pour l'enfant et contribue à la planification naturelle.
- 2) les femmes ne sont pas suffisamment formées à la nutrition.

Il préconise un allaitement strict jusqu'à 3 mois puis un régime mixte jusqu'à 24 (lait, huile, sucre, puis haricots, petit mil et maïs, avec éventuellement un œuf et du sucre) Le Dr Mariam Sy estime aussi que «la malnutrition est un problème très sérieux en milieu rural». Elle prépare elle-même pour les mamans «de petits sachets de farine très fine à base de mil, maïs et riz, dont on fait une bouillie."



D.R.

Le Dr Konate a décidé de s'attaquer à la base du problème : la pauvreté : «Il faut diversifier le revenu, pour être moins dépendant du coton, en développant la culture du sésame, de l'arachide, du soja». Il a monté un projet maraîcher financé par le Fonds de Développement Social. Celui-ci est géré par les femmes, devenues ainsi plus libres. Les médecins restent optimistes : Il y aura dans le domaine de la nutrition les mêmes progrès que pour la planification des naissances et le suivi des grossesses. Le plan de sensibilisation des collectivités prévoit une partie nutrition et il est prévu d'introduire la santé dans le système scolaire afin de faire de la prévention.

L'éducation à la santé est un point-clé dans la lutte contre la maladie. Elle doit porter sur la nutrition mais aussi sur l'hygiène.

«Les gens ne sont pas conscients des problèmes de santé» soupire le Dr Diallo. «Les enfants vont dans les canaux d'irrigation où ils attrapent des parasitoses et la bilharziose. Les femmes disent : «tu peux pas les empêcher, ça va passer quand ils sont grands... !» J'essaie de les sensibiliser quand elles viennent en consultation». «Il y a un problème de mentalités», confirme le Dr Hamidou Coulibaly : «Tant qu'ils ne sont pas au pied du mur, les gens refusent de m'écouter, mais j'ai finalement obtenu que les eaux de boisson soient javellisées, que les mains soient lavées avec du savon, que la nourriture soit maintenue à l'abri des mouches».

Le Dr Konate, lui, se bat depuis des années, dans son aire de santé, pour qu'on abandonne les puits qui communiquent avec les latrines, que tous les puits aient des margelles, qu'on installe des pompes. «Les problèmes d'eau et d'hygiène sont la source de beaucoup de problèmes de diarrhées et de déshydratation. Il faut perfuser, donner des sels de réhydratation. Quand les gens viennent, c'est parfois trop tard».

Il projette de lancer un Concours des femmes propres. «On a déterminé trois critères : l'eau doit provenir d'une source potable, la propreté de l'alimentation et de la maison, l'entretien des enfants. Les femmes ont compris que l'eau est une source de maladie très importante. J'ai beaucoup moins de cas de diarrhées aiguës. Au début j'en avais à tout moment».



D.R.

Il faudrait une communication de masse

Le paludisme est un problème national : « Il faut faire une information pour que les femmes amènent les enfants au premier signe : la fièvre suivie de diarrhées et de vomissements. Toutes les diarrhées ne sont pas liées au paludisme, mais dans tous les cas il faut amener rapidement l'enfant, car il y a un risque de déshydratation qui peut entraîner la mort si l'on n'agit pas très rapidement».

Le problème des consultations tardives revient comme un leitmotiv.

«Les enfants sont très fragiles, les mamans ne le savent pas» déplore le Dr Hamidou Coulibaly de Klela. «Un enfant est très sensible à la fièvre, il convulse. La maman ne sait pas que la fièvre est un problème. Sa première réaction quand elle constate qu'il est très chaud, est de le couvrir au lieu de le refroidir, elle aggrave ainsi les choses. Et elle tarde à aller au Centre de Santé, car elle est sous tutelle et le mari est absent, aux champs ou à ses affaires, il faut souvent attendre 20 h - 22 h pour lui en parler. Quand enfin il est averti, il ne voit pas la gravité, il demande d'attendre. Il faut que l'enfant convulse pour qu'il y ait consultation. Et après, c'est trop tard pour le soigner. Quand il arrive, il est anémique, léthargique, il n'arrive pas à s'alimenter et je n'ai qu'une seule sonde naso-gastrique !

Il y a tout un travail de sensibilisation à faire, par petites doses, mais aussi il faudrait une communication de masse».

Pour Mariam Sy «c'est une question de coutume : la femme n'est pas le chef de famille, qui est l'ordonnateur des dépenses. La femme parle au chef qui délègue quelqu'un pour l'amener au centre de Santé. Cela entraîne un retard qui peut être dramatique. Je leur dis « Si tu n'as personne pour t'amener, tu viens à pied. Il faut amener tôt, tu entends !!! »

Le Dr Konate, lui constate avec dépit que l'indépendance financière des femmes ne résout pas tout : « Maintenant qu'elles gagnent de l'argent avec le maraîchage, elles ont tendance à le garder pour embellir leur maison ou pour être riches ou parce qu'elles ont peur de se faire réprimander par leur mari ! »

Au fil des témoignages, le combat des médecins de campagne contre la mortalité infantile apparaît ainsi comme un combat multiforme qui ne se livre pas seulement sur le front de la santé, mais aussi - avec les intéressés - sur celui du développement : contre la maladie, mais aussi contre la pauvreté, contre l'ignorance, contre l'habitude.

Anne CHARMASSON

Cette action vous intéresse ?

Contactez-nous (santesud.prog@wanadoo.fr)