BIBLIOGRAPHIC DATA SHEET1. CONTROL NUMBER
PN-AAJ-5352. SUBJECT CLASSIFICATION (655)
NH00-0000-G1003. TITLE AND SUBTITLE (240) Le role des sages-femmes traditionnelles dans le secteur de
sante moderne en Afrique de l'ouest et centre Afrique

4. PERSONAL AUTHORS (100)

Jett, Joyce

5. CORPORATE AUTHORS (101)

6. DOCUMENT DATE (110)

1977

7. NUMBER OF PAGES (120)

106p.

8. ARC NUMBER (170)

AFR362.15.J58a

9. REFERENCE ORGANIZATION (130)

Jett

10. SUPPLEMENTARY NOTES (500)

(In French and English. English, 154p. : PN-AAG-344)

11. ABSTRACT (950)

12. DESCRIPTORS (920)

Central Africa
West Africa
Sector analysis
Midwife
Cultural factor
Obstetrics
Rural health workers

13. PROJECT NUMBER (150)

14. CONTRACT NO. (140)

REDSO/WA-76-81

15. CONTRACT
TYPE (140)

16. TYPE OF DOCUMENT (140)

AFR
362.15
J58a

PN-AAJ-535

**CE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL
ETATS - UNIS D'AMERIQUE**

**LE ROLE DES SAGES-FEMMES TRADITIONNELLES DANS
LE SECTEUR DE SANTE MODERNE EN AFRIQUE DE
L'OUEST ET CENTRE AFRIQUE**

LE ROLE DES SAGES-FEMMES TRADITIONNELLES DANS
LE SECTEUR DE SANTE MODERNE EN AFRIQUE DE L'OUEST
ET CENTRE AFRIQUE

Par
Joyce Jett, M.A.

Recherches Septembre-Novembre 1976
Rapport terminé en Janvier 1977

Projet financé au titre du Contrat No. REESO/WA 76-81
par le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique, Agence
pour le Développement International.

1. INTRODUCTION

1.1 Les Sages-Femmes Traditionnelles en Afrique

Ceux qui, traditionnellement, assistent aux accouchements (les TBA), sont une source très importante de soins de santé pour les femmes enceintes et les nouveaux-nés, dans les régions les plus rurales d'Afrique. Ils répondent de 80% des naissances. Une TBA est défini en tant que personne (homme ou femme) aidant les femmes à accoucher et dont les capacités viennent soit de la pratique, soit d'un prédécesseur. Les TBA sont des membres importants et respectés de la communauté villageoise, qui remplissent un rôle important pour la société. Il est certain que la communauté rurale préfère les TBA aux services sanitaires du gouvernement, ceci s'expliquant par la compétence, la confiance et la sensibilité culturelle de la TBA. Un vrai TBA est à la fois obstétricien, herboriste, gynécologue et pédiatre. C'est en principe une femme d'un certain âge, illétrée, qui a toujours atteint l'âge de la ménopause et qui a mis au monde plusieurs enfants. Elle n'a pas ce qu'on appelle une formation réglementaire. Son rôle consiste à utiliser des compétences techniques et mystiques pour assurer une bonne santé à la mère et au nouveau-né. Les TBA ne forment pas un groupe homogène; les rôles, les pratiques, et les caractéristiques varient selon le pays, le village, et la sage-femme.

La TBA remplit des fonctions psychologiques importantes dans la société africaine à travers les rites et les cérémonies traditionnels qui entourent la naissance d'un enfant. L'Africain vit dans un monde riche de croyances complexes qui lui sont d'une importance vitale. Dans la vie, les choses n'arrivent pas seulement par hasard, mais sont intimement liées à des forces surnaturelles et mystérieuses qui les façonnent. En obstétrique, les croyances sont complexes et varient d'un groupe à un autre. La naissance d'un enfant est toujours entourée de nombreux rites afin de protéger la mère et le nouveau-né. La mort d'un nouveau-né, une fausse-couche ou la stérilité ne sont jamais naturelles, il y a toujours une raison manifeste. La TBA agit souvent en tant que lien important entre le déroulement de la naissance et la maîtrise de "forces" invisibles qui menacent le bon cours.

1.2 Formation de TBA en Afrique

A la base, les conditions d'hygiène rural en Afrique sont semblables. Seule une partie de la population a la possibilité de bénéficier des soins médicaux modernes. 80% de la population vit en régions rurales. La plupart des gens vivent dans les villages ou hameaux de population variant de plusieurs milliers à moins de cent habitants. Ces groupes sont souvent très isolés dans des régions rurales à faible densité (30). Les ressources humaines et matérielles sont typiquement concentrées sur les besoins des régions urbaines: 1) un manque de services de santé officiels et 2) le peu d'utilisation des services de santé locaux en place.

Les TBA représentent une importante réserve de main-d'œuvre sanitaire. Les options des fonctionnaires de la santé pour disposer de cette réserve peuvent être de supprimer leur exercice, de les ignorer, ou de les former et de les intégrer dans un champ d'activité potentielle. Bien que la plupart des TBA restent en dehors des systèmes sanitaires organisés d'accouchement, un mouvement de formation et d'intégration a été favorisé dans plusieurs pays en voie de développement et par l'Organisation Mondiale de la Santé. (19,26).

En Afrique, certains pays ont tenté de former et d'employer les TBA. Un bref compte-rendu des documents disponibles met à jour ce qui suit. La conclusion d'une étude menée par WHO (1975) dans laquelle 18 pays africains ont répondu à un questionnaire sur que les activités des TBA sont étendus et vont plus loin que l'accouchement-même. Ils s'occupent souvent des soins prénatals et postnatals. Sept pays répondirent que les TBA exercent une médecine traditionnelle qui s'ajoute à la bonne opération de l'accouchement. Ce sont en général les praticiens à mi-temps, non-professionnels, qui sont à leur propre compte (indépendants) dans la majorité des pays. Six seulement des 18 gouvernements les reconnaissent et, encore plus étonnant, cinq seulement des associations de sages-femmes reconnaissent les TBA. D'un autre côté, les communautés locales où ils opèrent les acceptent totalement. 80% environ des programmes préfèrent les TBA aux professionnels. Plusieurs points furent précisés au cours de l'étude: 1) les communautés locales devraient, autant que possible, être concernées dans la sélection et la formation des TBA; 2) les instructeurs devraient être aussi les superviseurs; 3) il y a un danger que les TBA, s'ils ne sont pas dirigés, reviennent vite sur les vieilles méthodes, et 4) les gouvernements devraient inscrire les TBA sur leurs feuilles de paie. Trois pays seulement; le Tchad, le Togo et le Libéria indiquèrent que les TBA étaient employés par le gouvernement. Sept pays sur 18 mentionnèrent qu'ils avaient des plans de formation: le Ghana, le Libéria, la Sierra Léone, le Togo, la Haute-Volta et la Gambie. (36)

Au Ghana, les TBA sont actuellement formés en tant que partie du projet de Planning Familial Sanitaire Rural de Danga ^{1/}. Une étude initiale en 1972 enregistra 263 TBA dont 125 hommes. Des programmes de formation et des syllabus ont été développés. Trois régions pilotes sont engagées dans l'étude. Un cours de formation à petite échelle a commencé en 1974 dans un village avec 12 TBA. A l'origine, la formation comprenait deux à trois sessions mensuelles de deux heures. Les résultats détermineront la possibilité d'étendre l'effort de formation des TBA et aidera à indiquer les moyens supplémentaires d'utiliser les services des TBA au Ghana. On espère les employer éventuellement en tant qu'agents de planning familial. (36).

^{1/}Un programme d'enseignement et d'étude sur la démonstration détaillée du planning familial et sanitaire rural initialement développé par le Département de Médecine Préventive et Social de l'Ecole de Médecine du Ghana en 1965 et exécuté sans accord contractuel avec UCLA et US-AID de 1970 à 1978.

Au Ghana aussi, un projet en commun du Ministère de la Santé et de WHO forment les TBA en Nkoranza, Kintampo. Le programme TBA commença par une étude pendant laquelle les TBA se regroupèrent dans les villages proches de leur domicile et décrivent leurs propres expériences. Cette approche fut copiée sur l'approche utilisée dans le projet de Danga. Quelques jeunes filles (non TBA) avaient été choisies pour suivre cette formation. Ceci est une approche sélective, pourtant il semble que travailler avec les TBA offre des perspectives plus positives.

Au Libéria, à la fin des cours d'étude imposés, les TBA reçoivent un certificat avec lequel ils posent leur candidature au conseil local des sages-femmes. Ils reçoivent alors leur permis d'exercice de la part du bureau d'Etat Civil du Conseil. Ils sont employés comme aides dans les cliniques et les hôpitaux et comme agents de planning familial. La tendance est d'améliorer la formation dans les centres de formation des cinq gouvernements.

Le Nigéria a un projet pilote de formation à Sokoto, état de Nord-Ouest. La formation a lieu à l'école d'obstétrique et elle est dirigée par une sage-femme supérieure. Deux projets au stade du planning sont le Projet Familial et d'Hygiène au Nigéria, à l'Institut de Santé de l'Enfant, Université de Lagos et le projet Taylor-Berelsan, Calabar, Etat du Sud-Est. Dr. J.D. Desai (1975) mentionna que pendant le stade initial d'un projet WHO au Nigéria, l'idée de former les TBA ou même de les associer au projet fut rejetée par la profession de garde-malade. De plus, il fut difficile de persuader les TBA de se porter candidat car ils avaient peur de poursuites ou de levées d'impôts. L'idée fut acceptée en théorie seulement après une persuasion continue. (27).

Adenuwagun (1973) a mené une étude de 242 ménages dans la Division Ibarapa dans l'Etat Ouest de Nigéria où l'École de Médecine de l'Université d'Ibadan avait établi son projet expérimental complété d'hygiène rurale en 1963. Un des objectifs était d'identifier le type d'utilisation des services sanitaires en tant que critère pour mesurer l'efficacité du projet. 247 femmes ont répondu aux questions concernant l'utilisation des services d'obstétrique et de gynécologie.

Les résultats globaux montrent que les soins médicaux orthodoxes présentent un avantage sur les sources traditionnelles de soins et services médicaux utilisés. La raison majeure en est la présence d'autres services sanitaires opérant, surtout ceux des sages-femmes, guérisseurs, et spiritualistes "Aladura" traditionnels. Le type d'emploi des sages-femmes/guérisseurs est présenté ci-dessous.

Type d'Emploi des Guérisseurs/Sages-Femmes Traditionnels de la Division d'Ibarapa, Etat de l'Ouest, Nigéria, 1973

Obstétrique et Gynécologie	Nombre cas	Pourcentage employant les guérisseurs/sages-femmes traditionnels
Soins prénatals	183	19.1
Soins postnatals	175	13.7

Obstétrique et Gynécologie	Nombre cas	Pourcentage employant les guérisseurs/sages femmes traditionnels
Complications d'accouchement	53	17.0
Manque de conception	135	50.4
Avortements (provoqués)	26	46.2
Fausse-couches (spontanées)	115	25.2

La région où les guérisseurs/sages-femmes traditionnels eurent le pourcentage le plus élevé (50.4%) était celle où l'on avait besoin de soins médicaux par manque de conception. La raison en est que la plupart des Yoruba traditionnels connaissent les réponses pour résoudre ce problème puisque sa raison est étroitement liée à leurs idées du monde spirituel (2):

La Sierra Léone, d'après l'étude de WHO, avait à ce moment-là le système de formation des TBA le mieux organisé. Les assistants de maternité de village (TBA) sont formés pendant trois semaines à l'hôpital de la région. Deux sessions annuelles de formation sont tenues simultanément dans les deux centres. La formation comprend une étude de la santé de l'enfant et de la mère et conduit à un certificat d'aide à la santé de l'enfant et de la mère. Les avantages du programme sont les suivants: la stagiaire est assurée de retourner dans sa propre région pour travailler et il est plus facile de les soumettre à l'autorité des organisations officielles de santé. (36).

Au Togo le programme ne forme pas de véritables TBA. A la place on forme pendant 18 mois des accoucheuses auxiliaires qui doivent venir d'un village, avoir un certificat scolaire "CEPE" et qui sont jeunes et sans expérience en accouchement. On choisit de former des accoucheuses auxiliaires lettrées et jeunes, car il est trop difficile de former des TBA plus âgées. En 1974, 317 accoucheuses auxiliaires ont été formées (17).

Avec la création des villages d'Ujamaa en Tanzanie, les services sanitaires ruraux ont un personnel de quatre catégories de travailleurs primaires: les assistants médicaux, les aides médicaux ruraux, les aides de la santé de la mère et de l'enfant, et les auxiliaires. Les accoucheuses de village sont recrutées pour devenir les aides à la santé de la mère et de l'enfant. Chaque village envoie une TBA à l'hôpital de la région où elle est formée pendant trois à six mois. Elles sont responsables du bien-être de la mère et de l'enfant, ainsi que du planning familial et l'enseignement de la nutrition. Après le stage, elles reviennent au village pour travailler au dispensaire ou au centre sanitaire rural (20).

Le Soudan a le programme le plus ancien et le mieux réussi. Ils entreprirent la formation des TBA en 1921 et en 1975 il y avait 4483 accoucheuses de village en exercice. Cette expérience fut une évolution progressive qui maintient l'intégrité religieuse et culturelle.

A l'origine, les TBA plus âgées ou leurs filles étaient formées. Aujourd'hui, 18 écoles de formation proposent un cours de neuf mois destiné aux illétrés, aux jeunes paysannes (entre 18 et 25 ans) (à peu près 40% des accoucheuses de village sont maintenant lettrées). Après le stage, elles sont inscrites et elles reçoivent leur permis d'exercer la profession d'accoucheuse à domicile dans leur région. La plupart sont des praticiennes privées. En plus des activités habituelles, elles peuvent prescrire de simples médicaments tels que le sulfate ferreux, les vitamines et la chloriquine en comprimés. L'exercice sûr des accoucheuses de village instruites a presque remplacé celui des TBA non-formées (4).

Le professeur Ampoto ^{2/} déclare que: "l'étude des documents sur la formation des assistantes accoucheuses traditionnelles montre que leur utilité a été de courte durée. Excepté la formation au Soudan, très peu de programmes sont vraiment prévus avec des objectifs bien définis"; il cite quatre principaux facteurs responsables de l'échec des programmes de formation:

- 1) L'accent est mis sur la formation des TBA en tant que processus d'éducation.
- 2) Aucun effort n'est fait pour préparer la communauté à recevoir les TBA formées.
- 3) Aucune autorité n'est chargée du réapprovisionnement des médicaments.
- 4) Un manque d'intérêt soutenu dans les programmes de formation de la part des agents gouvernementaux.

Les programmes de formation pour le Sénégal, le Mali, le Niger, la Haute-Volta et le Cameroun sont traités ci-dessous dans ce rapport.

Des efforts pour former les TBA en agents de planning familial ont été montés au Ghana, au Libéria et en Tanzanie. Dans plusieurs pays d'Asie comme le Pakistan, l'Inde, l'Indonésie, les Philippines et la Thaïlande, des programmes ont été mis sur place pour employer les TBA à recruter des accepteurs de planning familial. Ces programmes ont eu plus ou moins de succès. Malgré quelques problèmes, on a l'impression que le potentiel des accoucheuses traditionnelles en tant qu'agents de planning familial ne peut être nié. En Iran, 232 TBA ont appris à introduire et supprimer de manière efficace les I.U.D. (13). En Afrique, l'opposition à l'idée de planning familial est solide dans les régions rurales, surtout chez les Musulmans. L'Afrique veut de nombreux enfants pour la valeur sociale et économique qu'ils apportent. Une procréation excessive est une réaction au taux de mortalité élevé des enfants et assure la survivance de la communauté et de la Société. Le projet de Danga supposa que l'emploi des TBA en tant que groupe pour promouvoir un planning familial serait difficile à cause des vues archaïques de la plupart des TBA (36).

^{2/} Le professeur Ampoto travaille à l'Hôpital Universitaire Korle-Bu à Accra, au Ghana.

D'une manière générale, on sent que les TBA reformées peuvent jouer un rôle important dans les services de la Santé de la mère et de l'enfant, le planning familial et les projets peu coûteux de soins de premiers secours. Les aspects positifs de cette approche sont qu'elles peuvent être accessibles et disponibles dans les régions rurales, qu'elles ont une connaissance de l'environnement et des gens, et que leurs opinions et conseils ont un impact particulier sur la communauté villageoise. D'un autre côté, on ne peut négliger les aspects négatifs; leurs exercices sont souvent enveloppés de mystères et jalousement gardés, elles ne connaissent pas les limites de leur capacité, il est difficile de changer leur pratique traditionnelle, et leur manque d'instruction et leur âge avancé les rendent difficiles à former.

Il est généralement ressenti que les TBA devraient être formées en tant que "bouche-trou" alors que la formation des infirmières et des accoucheuses sera (26). Le recouvrement total des régions par les professionnels est loin d'être fait. Foster pense que le nombre et la qualité des praticiens traditionnels sont en baisse dans plusieurs sociétés traditionnelles. Il pense que le changement social, économique et éducatif arrive à une telle rapidité que les TBA ne seront plus disponibles sur une même quantité et une même qualité. Par conséquent, Foster propose que leur emploi en tant que système moderne soit à court terme et transitoire.

1.3 Le Rôle des TBA dans le Développement de la Femme

La pauvreté des pays en voie de développement se joint à des populations à expansion rapide, à une nutrition inadéquate et à des conditions de vie insalubres qui sont la racine des problèmes de santé. Le groupe le plus vulnérable sont les mères et leurs enfants, qui représentent 65% de la population en Afrique. Le taux de mortalité infantile (0-1 an) est évalué entre 150 et 300 pour mille. Les taux de mortalité des enfants entre 1 et 5 ans est 40 à 50 fois plus élevé que dans les pays industrialisés. Trente à quarante pourcent meurent avant l'âge de 5 ans (34). Les taux élevés de fertilité implique une grande parité, et une grande parité touche directement la mortalité maternelle. Due au contraste notoire des conditions socio-économiques entre régions rurales et urbaines, la situation est bien pire dans les régions rurales.

La santé d'une population rurale féminine touche directement le Développement d'un pays. Le rôle des femmes dans le développement rural peut être classé en deux grandes catégories:

a) le marché du travail et les affaires de la communauté: la femme rurale contribue au travail physique de l'entreprise familiale de la ferme.

b) chez elle: la paysanne remplit les tâches directement liées à son rôle d'épouse et de mère ainsi qu'à l'éducation de ses enfants (15).

L'accomplissement satisfaisant de ces tâches peut être sérieusement gêné par une mauvaise santé, des conditions d'hygiène

insuffisantes, la sous-alimentation et les complications résultants de grossesses. Une paysanne africaine est enceinte ou nourrit au sein la plupart de ses enfants pendant plusieurs années. Durant cette période, elle est extrêmement vulnérable et souvent la seule personne à l'aider est la TBA de sa communauté.

La formation des TBA peut avoir le double avantage d'améliorer la santé des paysannes et des enfants ainsi que d'accroître le prestige de sa propre image et de sa profession. Les femmes dans les régions rurales forment un groupe défavorisé qui, à cause des traditions, est caractérisé par un statut social inférieur. Les programmes de formation doivent à la TBA la chance d'accéder à une éducation non-formalisée. Pendant la formation en groupe, les TBA sont rassemblées pour la première fois, ce qui crée un esprit de professionnalisme et d'organisation. Par la suite, ceci conduit à la possibilité d'établir des associations et des codes d'éthique. Le processus est une étape vitale vers l'accroissement du statut social des femmes. La formation des TBA laisse aussi une chance d'augmenter le revenu par l'auto-emploi ou l'emploi par intégration dans le système moderne de santé. Elle peut développer une attitude positive vers la participation à la vie sociale, économique et politique dans son pays. Cette formation peut contribuer à accroître le statut social des femmes qui s'étaient contentées précédemment de vivre en marge de la société.

Les programmes de développement d'hygiène devraient introduire des concepts améliorant le statut social des femmes. La formation des TBA peut donner des résultats à long terme si elle est bien menée. Les accoucheuses indigènes peuvent être les agents les mieux qualifiés d'un changement social ou alors elles peuvent rester les postulants les plus bornés du status-quo. Par conséquent, aucun programme sanitaire ne peut se permettre d'ignorer la présence des TBA.

2. CHAMP D'ACTIVITE

Cinq pays africains ont été visités: le Sénégal, le Mali, le Niger, la Haute-Volta, et le Caméroutn, afin de répondre aux objectifs suivants:

2.1 Objectifs

1) Identifier et évaluer les sources existantes d'information et de données sur les accoucheuses traditionnelles.

2) Aboutir à des conclusions d'essai sur le rôle des accoucheuses traditionnelles dans les régions rurales basées sur des actuelles études, données et discussions avec les officiels et spécialistes de la santé publique.

3) Identifier et analyser les contraintes qui empêchent l'emploi des sages-femmes traditionnelles dans le secteur moderne (gouvernemental) de la santé.

4) Fournir une orientation sur ce champ d'opération.

2.2 Méthodologie

Une période d'en moyenne dix jours s'est écoulée dans chaque pays

durant laquelle il y eut des entretiens avec les fonctionnaires du gouvernement, le personnel sanitaire, les sages-femmes traditionnelles, les représentants de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO), le Bureau des Etats-Unis pour les fonctionnaires sanitaires du Développement International (UD AID), l'UNICEF, et autres bureaux donateurs privés intéressés par le projet.

La recherche documentaire s'est limitée à la partie de l'Afrique. Y furent incluses les ressources de Bureau Régional de WHO pour l'Afrique à Brazzaville, au Congo, et d'autres rapports, articles et projets de recherche disponibles obtenus dans les cinq pays visités. Dans la mesure du possible, de petites excursions sur le champ de travail furent faites sur les principaux emplacements de formation. Vingt-sept accoucheuses traditionnelles furent interviewées sur leur milieu de travail afin d'avoir une idée générale de l'application et de l'acceptabilité du programme dans la communauté villageoise. Le lecteur remarquera que selon le pays, on prête un titre différent aux accoucheuses traditionnelles. De ce fait, il est difficile de faire la différence entre les accoucheuses traditionnelles et les accoucheuses auxiliaires (voir annexe 2). J'ai délibérément signalé toutes les accoucheuses indigènes comme personnel traditionnel ou TBA pour éviter toute confusion. Une information en rapport avec la formation des accoucheuses auxiliaires y est incluse pour montrer les alternatives possibles d'un obstétrique rural et pour souligner le conflit entre les systèmes sanitaires modernes et ceux traditionnels. Chaque pays sera considéré séparément avec, à la fin, un résumé pour chacun. Les restrictions et les points communs sont regroupés dans la section P.

2.3 Limites

Vu les grandes différences socio-culturelles entre groupes ethniques, communautés et individus, ceci n'est pas une étude en profondeur, mais un aperçu des principaux courants et restrictions concernant la formation et l'emploi des TBA.

- L'étude a été limitée à cinq pays francophones en raison de considérations pratiques et financières. On a particulièrement insisté sur les pays du Sahel.
- Les excursions sur le champ de travail ont été limitées, et par conséquent le rapport se concentre sur des programmes inspectés tandis que d'autres que j'ignore ne sont pas inclus.
- Malheureusement, il a été impossible d'étudier les habitudes de travail des TBA, et donc, je n'ai pas pu analyser l'effet que la formation a eu sur le changement des pratiques traditionnelles.
- J'ai eu le sentiment que les commentaires de personnes indéterminées soulignent d'avantage les aspects positifs que les points problématiques. Il faudrait passer plus de temps sur le champ de travail pour renverser les barrières culturelles et pour gagner la confiance de la population.
- Certains personnages-clés n'étaient pas disponibles ou alors en vacances et je n'ai pas pu transmettre leur

opinion.

- De nombreuses statistiques n'étaient pas disponibles, ou étaient contradictoires, ce qui a gêné l'exactitude du rapport.

3. LE SENEGAL

3.1 Profil Demographique

La population du Sénégal est répartie de façon singulière. Sur une population totale de 4 418 000 en 1975, 28,3% occupent les régions urbaines à l'intérieur du Cape-Vert (Dakar en est le plus peuplé). La plupart des sénégalais habitent les régions rurales (71,7%). Le taux d'accroissement de la population est jugé à 2,43%. Comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, le mouvement de la population rurale est important. Au Sénégal, ce mouvement est caractérisé par des fluctuations saisonnières ou permanentes. Les membres masculins de la population rurale quittent saisonnièrement leur village pour trouver un emploi temporaire afin d'augmenter leur revenu annuel venant des moissons. D'autres quittent définitivement le village de leurs parents, attirés vers les régions urbaines par la promesse d'un niveau de vie plus élevé et d'une vie plus facile. Cette exode rurale exerce une pression sur le développement social et économique dans les régions urbaines et les régions rurales.

Six groupes ethniques africains forment 90% de la population: les Wolofs, 36%, les Sérers, 19%, les Peulh (Fulani), les Toucouleur, 21%, les Diola, 7%, et les Manding, 6%. La plupart de ces groupes ethniques partagent des valeurs culturelles semblables. Ceci est dû en partie au large emploi du Wolof en tant que lingua franca et à l'influence de la religion musulmane qui comprend plus de 80% des Sénégalais.

3.2 Réforme Administrative

Depuis son indépendance le 4 Avril 1960, le Sénégal est divisé en sept régions administratives: le Cap-Vert, la Casamance, Diourbel, Le Fleuve, le Sénégal-Oriental, le Sine-Saloum et Thiès. Ces régions sont divisées en 27 départements et ensuite en 95 arrondissements. Il y a un total de 12 991 villages au Sénégal. En 1972, une réforme administrative fût entreprise, d'abord dans les régions du Cap-Vert et de Thiès. Chaque arrondissement fut divisé en communautés rurales pour décentraliser la structure administrative.

La communauté rurale ou collectivité locale comprend une population allant de 5 000 à 15 000 habitants. Les divisions sont faites d'après les relations inter-villageoises et la similitude ethnique. Chaque communauté rurale a une auto nomie financière et une représentation démographique. Un conseil rural est élu au suffrage universel qui est responsable des décisions à prendre concernant le développement économique et social. Les ressources financières viennent des impôts rural et animal. Avant la réforme, 45% seulement de l'impôt régional était utilisé pour financer les projets régionaux, et sans consultation ou participation de la population. Après la réforme administrative, les impôts ruraux doivent financer uniquement les projets locaux de développement, après examen et approbation du conseil rural. Le budget des communautés rurales reflète donc les

besoins locaux ressentis par leur habitants. Comme nous le verrons plus loin, cette réforme administrative est responsable d'un haut degré de motivation ressentie par la population rurale pour résoudre ses propres problèmes.

3.3 Ressources Sanitaires

Le recouvrement des travailleurs sanitaires et des facilités est insuffisant à tous les niveaux du Sénégal. La distribution des services de santé favorisent largement le Cap-Vert et d'autres régions urbaines.

3.3.1 Facilités sanitaires

Les structures sanitaires comme les maternités, les centres de santé, les dispensaires, et les centres de PMI (MCH) ne recouvrent pas assez la population rurale. En 1974, il y avait 60 maternités, 33 centres de santé, 428 dispensaires et 66 PMI dont 24 furent placés au Cap-Vert (11). Les dispensaires recouvrent seulement 15% de la population. Le Cap-Vert et Thiès sont les seules régions à recouvrement suffisant. Aucun centre de PMI ne sert les régions rurales. La population rurale se décourage souvent d'utiliser les services disponibles à cause des longues distances et des coutumes traditionnelles. Les raisons pour lesquelles les paysannes n'aiment pas accoucher dans les maternités sont les suivantes:

- 1) Ignorance des services qu'offre une maternité pour la santé de la mère et de l'enfant.
- 2) Le travail est souvent rapide et les moyens de transport ne sont pas toujours disponibles.
- 3) De nombreuses femmes sans argent accouchent chez elles car elles ne peuvent payer le transport.
- 4) De nombreuses femmes de plus de trente ans refusent d'être assistées par de jeunes accoucheuses.
- 5) Les soins postnatals sont considérés comme fortuits par beaucoup de femmes musulmanes, ils encouragent les mauvais esprits à descendre sur le nouveau-né.
- 6) Les pratiques à la maternité peuvent aller à l'encontre des croyances traditionnelles, des tabous et peuvent provoquer les mauvais esprits.
- 7) Les femmes ne veulent pas laisser leurs enfants à la marâtre pour aller à la maternité.
- 8) La mère doit être présente au village pour préparer le jour du baptême.
- 9) La préparation de repas à la maternité sera une charge financière pour la famille. (1).

A cause de ces problèmes certaines communautés rurales construisent des maternités rurales où travaillent soit des TBA, soit des accoucheuses auxiliaires. Habituellement c'est l'UNICEF qui les équipe. Dans la région de Thiès, douze maternités rurales fonctionnent et l'UNICEF projette d'en équiper 20 de plus en Janvier 1977 dans la région du Sine-Saloum. (Communication personnelle du Dr. Samaké, UNICEF).

Le tableau suivant montre le rapport de centres sanitaires et de dispensaires par population et région.

Rapport des Facilités Sanitaires Rurales par Population et Région
au Sénégal, 1973

Région	Centre Sanitaire Densité/Population	Dispensaires Densité/Popul- ation
Cap-Vert	1/324 500	1/13 250
Casamance	1/100 000	1/7 700
Djourbel	1/100 000	1/12 914
Fleuve	1/93 000	1/7 914
Sénégal-Oriental	1/75 000	1/8 407
Sine-Saloum	1/96 500	1/10 157
Thiès	1/105 000	

Source: Le Programme d'Aide au Développement de l'USAID, FY1975, Section Trois: Sénégal, Mali, Mauritanie, 1975.

3.3 2 Personnel Sanitaire

La quantité insuffisante de personnel sanitaire à tous les niveaux et sa concentration dans les régions urbaines est un facteur restrictif au développement des services de Santé en question pour la population rurale.

Personnel Sanitaire au Sénégal en 1974	
Catégorie	total
Docteurs	227
Sages-femmes professionnelles	312
Infirmières	1 971
Infirmières auxiliaires	659
Infirmières en chef (TBA formés)	77

Source: statistiques sanitaires et démographiques du Sénégal, Ministères de la Santé Publique et des Affaires Sociales, 1974.

Le personnel sanitaire formé en obstétrique est limité. Les accoucheuses de Dakar sont formées à un taux environ 27 par an.

En 1974, 198 accoucheuses en tout furent placées dans la région du Cap-Vert (11). La concentration des accoucheuses dans les régions urbaines crée une sévère pénurie dans les régions rurales. Le seul remède pour compenser cette pénurie, c'est pour la majorité de la population de compter sur les aides-accoucheurs traditionnels où au Sénégal on appelle "matrone". Par conséquent, pour améliorer le recouvrement de l'obstétrique rurale, certains officiels sanitaires ont entrepris le recyclage des TBA avec le soutien de l'UNICEF. Dans le tableau suivant, il est intéressant de noter qu'au Cap-Vert il y a une TBA formée pour 198 accoucheuses et que dans les régions de Diourbel et de Sine-Saloum, les TBA diplômées sont plus nombreuses que les accoucheuses.

Recouvrement des Accoucheuses et Matrones par Région au Sénégal
en 1974

Région	Accoucheuses	Matrones
Cap-Vert	198	1
Casamance	16	5
Diourbel	18	21
Fleuve	19	5
Sénégal-Oriental	5	5
Sine-Saloum	23	34
Thiès	33	6
Total:	312	77

Source: statistiques sanitaires et démographiques de Sénégal, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales 1974.

3.4 Les Aides Accoucheurs Traditionnels

Il est difficile d'évaluer le nombre de TBA au Sénégal. Cependant, Pellegrin en 1970 rapporta que dans une étude du centre sanitaire du Khembote, 181 des 189 villages étaient considérés comme nantis de TBA. Leur distribution est irrégulière car dans certains villages de moins de 100 habitants et même dans des villages plus importants, il n'y a aucun TBA alors que dans certains autres il y en a parfois deux ou trois.

Un projet de recherche, mené en 1966 par le Centre International de l'Enfance de France en collaboration avec l'Institut de Pédiatrie Sociale de Dakar pour définir les conditions de vie de l'enfant dans les régions rurales, en tira la conclusion que 44% des 3 300 personnes interviewées confirmaient l'assistance d'un TBA pendant l'accouchement, alors que 55,5% répondaient que la naissance se faisait avec l'aide d'une co-épouse ou de la famille sans la "matrone" (9). Ceci montre qu'il y a dix ans, plus de 90% des accouchements

n'étaient pas contrôlés par le personnel professionnel sanitaire. Aujourd'hui, on estime que les maternités officielles ne contrôlent que 20% de toutes les naissances (1).

3.4 1 Le Sérér

La complexité des groupes ethniques au Sénégal ne permet pas une analyse profonde des croyances et coutumes obstétriques dans l'étendue de cette étude. Cependant, avant l'entreprise de la formation des TBA, il faut avoir une idée générale sur les croyances traditionnelles, les pratiques et le rôle des TBA, afin de mieux s'adapter à la méthodologie d'enseignement. La suite est un résumé des pratiques et croyances obstétriques du Sérér tiré du travail majeur de Pellegrin en 1970 sur l'accouchement traditionnel.

Le Sérér, qui forme 19% de la population, vit dans les régions du Sine-Saloum et du Thiès. La plupart des Sérér aux croyances religieuses traditionnelles locales ont été plus lents que les autres groupes ethniques à accepter les courants modernisateurs. Environ 15% sont chrétiens et quelques-uns se sont récemment convertis à l'Islam.

Le Sérér croit en un seul Dieu, à la réincarnation et aux bons et mauvais esprits.

Pour devenir enceinte, une femme doit nécessairement être possédée par un certain esprit. L'homme n'intervient seulement comme nécessité secondaire. Une femme enceinte doit prendre de nombreuses précautions pour protéger son enfant à venir des mauvais esprits. Elle doit éviter les regards indiscrets, éviter de manger certaines nourritures et doit suivre les rites traditionnels car la conduite de la mère peut avoir des conséquences directes sur l'enfant. Pendant la grossesse, une femme doit être en alerte continue car des sorciers désirant la vitalité pourraient manger l'esprit du futur enfant. Le danger peut aussi venir de la co-épouse, de la jalousie d'un homme, d'un petit incident familial ou de la mort d'un animal. Afin de se protéger de ces dangers, une femme enceinte doit prendre des bains purifiants rituels.

L'accouchement se passe toujours derrière la hutte avec les vieilles femmes qui surveillent à distance. Au moment où la délivrance approche, la jeune femme se met à genoux car le nouveau-né doit tomber sur le sol. Après le premier cri du bébé, les vieilles femmes se précipitent pour le prendre, coupent le cordon et le lavent. La TBA prononce les rituels et les prières et donne au bébé un nom secret au cas où il mourrait avant la cérémonie du baptême. Le placenta est enterré par la TBA, à l'endroit de l'accouchement, ce qui symboliquement lie l'enfant au village de ses ancêtres.

La première semaine après la naissance est la plus importante car c'est là que les sorciers sont dangereux et peuvent facilement "manger l'esprit du bébé"; durant cette semaine-là, la mère doit rester chez elle à l'intérieur. Un trou est creusé des deux côtés de la porte, selon le sexe de l'enfant. Tous les rejets de l'enfant,

l'eau sale et les reliefs des repas de la mère y sont enterrés. Le huitième jour, un autre trou est creusé à l'extérieur de la case pour montrer que tous les tabous de la mère sont levés.

Ils pensent que les jumeaux sont des êtres doués d'un certain pouvoir. Ils sont supposés être deux amis qui ont été réunis pour revenir ensemble sur terre. Un nouveau-né malformé peut être étouffé par une vieille femme avant que la mère ne l'ait vu.

A travers cette description, nous pouvons voir l'importance attachée aux rituels protégeant des mauvais esprits la mère et le nouveau-né. La vieille femme joue un rôle actif dans le déroulement de ces rituels et en assurant une bonne santé à l'enfant. Il y a des facteurs psychologiques extraordinaires qui doivent être surmontés quand une femme vient accoucher dans une maternité moderne.

3.4 2 Les Courants de Formation

Depuis la réforme administrative du Sénégal, des décisions concernant le développement social et économique ont été prises par chaque communauté rurale. Par conséquent, la politique de formation des TBA varie d'une communauté à l'autre.

Il y a trois courants de base existants:

- Ne former que les TBA à travailler au niveau du village ou dans les maternités rurales.
- Ne former que les accoucheuses auxiliaires à travailler dans les maternités rurales.
- Former les TBA ainsi que les accoucheuses auxiliaires qui peuvent travailler ensemble ou non dans les maternités rurales.

Les accoucheuses auxiliaires types sont jeunes, lettrées, sans aucune expérience d'accouchement. Leur formation varie de trois à six mois.

Comme résultat d'une petite enquête sur 22 accoucheuses au Sénégal, Pellegrin (1970) proposa que la fonction de TBA soit éventuellement abandonnée à tous les niveaux. Elle recommanda que ce soit fait par objectifs à court, moyen et long terme.

Court terme:

- Formation des TBA
- Réorientation de la formation des accoucheuses
- Réformation des accoucheuses
- Travail en équipe

Moyen terme:

- Formation des accoucheuses auxiliaires
- Création de centres d'accouchement

Long terme:

- Construction de maternités rurales
- Formation d'accoucheuses en surveillantes

Pellegrin déclara qu'évidemment le processus d'abandon des TBA ne se ferait pas dans l'immédiat. Dans les pays industriels, les TBA disparurent au fur

et à mesure des progrès médicaux. Il en sera de même pour l'Afrique. Elle pense que parallèlement au progrès de changement social, la formation des TBA est une étape logique et à court-terme à passer, si l'on considère la pénurie d'accoucheuses diplômées et l'offre disponible des TBA. La formation des accoucheuses doit être orientée vers la population rurale et la santé publique plutôt que limiter leur rôle à l'obstétrique. Toutes les sages-femmes devraient participer aux sessions de recyclage. De plus, les sages-femmes devraient s'efforcer de travailler en relations étroites avec le personnel et les postes sanitaires ruraux.

Les solutions à moyen terme comprennent la formation de jeunes filles de la campagne pour agir en tant qu'accoucheuses auxiliaires qui travailleront dans les postes sanitaires ruraux. A ce niveau, deux locaux leur seront nécessaires: l'un pour l'accouchement et l'autre pour l'hospitalisation.

A long terme, les communautés rurales devraient construire des maternités rurales pour les accoucheuses auxiliaires. Il devrait y avoir deux accoucheuses par centre sanitaire qui assurement la supervision suffisante du personnel auxiliaire.

3.5 La Formation des TBA

Pendant l'époque de la colonisation, les TBA étaient formées pendant une semaine par la sage-femme et l'infirmière du centre sanitaire. Pourtant, à cause du manque, de supervision et de programmes de recyclage, la TBA revint peu à peu à ses pratiques traditionnelles (1). Plusieurs tentatives sont maintenant faites pour recycler les TBA du Sénégal. Des chiffres exacts sur l'étendue du recyclage ne sont pas disponibles.

L'enquêteur découvrit que 50 TBA avaient été formées à la Mission Catholique de Babak dans la région de Thiès. Des fournitures médicales leur sont fournies et elles rentrent à la Mission une fois tous les deux mois le Samedi pour se réapprovisionner et suivre d'autres cours. UNICEF rapporta qu'elle avait fourni des appointements pour 195 TBA dans la région de Thiès. De plus, les appointements venus de l'UNICEF furent augmentés de 5000 CFA à 9000 CFA par mois pendant trois mois (communication personnelle de M. Samké, UNICEF).

Nombre Total Connue de TBA Pro-Diplômées, Sénégal, 1976

<u>Région</u>	<u>Nombre de TBA diplômées</u>
Thiès	
Appointement venant de l'UNICEF	195
Mission Catholique de Babak	50
total partiel:	245

Sine-Saloum

Appointements venant de l'UNICEF	11
- Fatick	11
- Foundougne	23
- Niore	17
- Kaffrine	17
- Gossas	30
- Kaolack	15
total partiel:	107
<u>TOTAL:</u>	352

3.5. 1 Programme de Formation de Khombole

Un programme important de formation est sur pied depuis dix-huit ans au centre médical de Khombole, dans la région de Thiès. A Khombole, sous la direction du Dr. Coly et de Mlle. Koate, Assistante Sociale, les TBA sont formées dans l'espoir de réduire la mortalité infantile et d'enrayer le tétanos du cordon ombilical. Les collectivités villageoises choisissent des TBA âgées de 35 à 45 ans, ayant de l'expérience en accouchant, et respectées par la communauté.

A l'origine le stage de formation devait être d'une semaine, mais c'était insuffisant et la période fut augmentée de quinze jours. Le recyclage est entrepris périodiquement. La formation est surtout pratique et comprend l'enseignement des règles d'hygiène et des notions d'hygiène, de nutrition, et de puériculture. L'UNICEF participe aux appointements pour chaque TBA et l'équipement obstétrique de l'UNICEF. La supervision est assurée par une équipe sanitaire. Vu le manque de personnel et de moyens financiers, il est difficile de superviser toutes les 195 TBA, cependant, il est ressenti que le programme de formation du centre sanitaire à endiguer le tétanos et à laisser le taux de mortalité infantile dans les villages régulièrement supervisés. Le taux de mortalité néo-natale, c'est-à-dire un mois après la naissance, est tombé de 70 pour mille à 35 pour mille en enrayant simplement le tétanos. (2).

3.5. 2 Les Maternités Rurales

Les premières tentatives de construction de maternités rurales en 1964 ont échoué parce que la population n'en comprenait pas le concept. C'est seulement après une campagne éducative en 1970 qu'elles furent acceptées.

En 1975, 23 maternités rurales furent mises sur plan mais seulement

12 furent fonctionnelles dans la région de Thiès (communication personnelle Dr. Samaké, UNICEF). Deux maternités rurales visitées sont localisées à Touba-Toul et N'Diakhou dans la région de Thiès. Il y en a d'autres dans la région à N'Goudiane et à Soune-Sérere. Les TBA ne travaillent que dans ces maternités rurales.

En 1973, 30 TBA travaillaient à Touba-Toul, 6 à N'Goudiane, 14 à N'Diakhou, et 4 à Soune-Sérere. Touba-Toul est loin la plus importante de ces maternités. Construite en 1973, son rayon d'action s'étend à huit kilomètres. Comprenant 96 villages et 17 000 habitants. La maternité elle-même comprend six grandes cases africaines traditionnelles ou semi-traditionnelles qui ressemblent à l'environnement de la communauté du village. Cette construction technique a été choisie de préférence à un bloc moderne à cause d'un prix inférieur et de l'impacte psychologique sur les paysannes. La construction est assurée par la communauté du village et l'UNICEF fournit l'équipement. Les TBA sont directement supervisées par un infirmier ou une sage-femme et indirectement par le docteur de la région ou de l'arrondissement. Toutes les semaines, les accoucheuses donnent des consultations prénatales à la maternité.

En travaillant en équipe de trois ou quatre, les TBA travaillent pendant 48 heures en permanence. Elles ne sont pas employées par le Gouvernement, mais elles sont payées 350 CFA par accouchement dont 50 CFA reviennent à la maternité. Il y a en moyenne 25 accouchements par mois. Après avoir partagé le revenu, les TBA peuvent avoir un maximum de 5000 CFA tous les deux mois, et souvent moins. Afin d'augmenter leur revenu, les TBA de Touba-Toul ont un terrain commun.

Fatou N'Gom est TBA depuis 11 ans et travaille à la maternité de Touba-Toul depuis 4 ans. Elle a soixante ans. La formation comprend trois sessions de respectivement quatre jours, dix jours, et deux mois. Elle combine les pratiques traditionnelles inoffensives aux techniques modernes qui rassurent ses patients. Par exemple, boire des médicaments traditionnels est interdit alors que ceux concernant la peau sont tolérés. Après la naissance, la TBA enterre la placenta de façon rituelle; dans ce cas, il doit être placé dans une certaine position pour que la femme ne demeure pas stérile. Quand on lui demande ce qu'elle aimerait dans le futur elle répond qu'elle aimerait gagner plus d'argent et avoir une maternité plus grande et plus moderne, avec de l'eau courante.

3.6 Les Accoucheuses Auxiliaires Rurales

A Kaolack, le Dr. N'Diaye, Directeur régional de la santé du Sine-Saloum, forme des accoucheuses auxiliaires rurales pour remplacer les matrones traditionnelles. WHO a déterminé que 83% des femmes de la zone rurale de Kaolack ont des problèmes de gynécologie et que quatre enfants sur cinq jusqu'à l'âge de cinq ans souffrent de diverses affections. Le Dr. N'Diaye pense qu'il est inutile de former des TBA pour aider à remédier à cette situation car un grand nombre de paysannes accouchent assistées des parents, et pas forcément une TBA diplômée. De plus, les TBA sont trop âgées et

trop attachées aux traditions pour assimiler les techniques modernes lors de leur stage assez court. Elles ont à jouer un rôle bien défini dans la santé publique et ne devraient pas être intégrées au personnel sanitaire moderne. Le Docteur a eu cette opinion après s'être renseigné sur les programmes de formation des accoucheuses auxiliaires rurales du Togo.

3.6. 1 Formation

Afin de satisfaire aux besoins de cette population vulnérable, des jeunes filles lettrées sont choisies par la communauté rurale pour suivre un programme de formation à la maternité et au dispensaire. D'habitude les jeunes filles sont sorties de l'école élémentaire et quelques unes ont le BEPC (1). Elles doivent avoir au moins vingt ans. Elles n'ont pas forcément de l'expérience en accouchement. L'UNICEF procure des appointements de 9000 CFA par mois pendant trois mois.

Au centre de la Santé de Kasnack à Kaolack, il y a eu deux sessions de formation. Le premier a eu lieu de Janvier à Mars 1976 pendant laquelle trente jeunes filles ont été formées. La seconde, d'Août à Octobre 1976, a formé vingt-six jeunes filles.

Le docteur et la sage-femme sont responsables de cette formation.

La sage-femme fit part des problèmes posés pendant le deuxième stage:

- trop de jeunes filles, supervision difficile pendant la formation pratique;
- les cours sont trop difficiles pour le niveau éducatif des élèves; il a fallu les simplifier;
- les méthodes pédagogiques et audio-visuelles doivent être adaptés au niveau des élèves;
- elles n'ont aucun manuel de l'accoucheuse auxiliaire;
- la motivation n'est qu'un léger stimulant pour améliorer l'enseignement car le personnel ne touche rien pour ce travail.

3.6 2 Activités

Depuis le début de cette nouvelle expérience, il a été montré que la paysanne accepte de bon gré qu'une femme auxiliaire accoucheuse soit responsable de son accouchement. Pour la première fois aussi, une enquête sur les femmes enceintes peut se faire et les activités des Centres de PMI peuvent commencer dans les centres sanitaires. Le personnel de santé d'un poste sanitaire devrait comprendre une infirmière d'état, un agent sanitaire, une accoucheuse auxiliaire et une aide-infirmière. Les délivrances sont possibles et conseillées après trois à dix heures de travail. (6).

(1) Le BEPC équivaut à 10 ans de scolarité.

L'auxiliaire accoucheuse peut aussi travailler toute seule dans une maternité rurale construite par la communauté rurale. Je suis allée voir deux auxiliaires matrones non-inspectées dans l'arrondissement de Kroun, dans le département de Kaolack. La première avait 27 ans et il y a cinq ans qu'elle fait des accouchements, dans une maternité rurale. Les activités fondamentales comprennent les accouchements et les premiers soins. Responsable de sept villages, elle assiste à la naissance d'en moyenne seize bébés par mois. Elle a sa propre voiture à cheval pour les naissances à Kaolack; le trajet prend deux heures. Les plus graves problèmes sont le salaire, l'approvisionnement des médicaments, et le manque de supervision. Chaque naissance coûte 500 CFA mais elle dit être rarement payée. Elle est venue depuis peu, et sa situation financière est difficile. Elle va à Kaolack une fois par mois mais sa directrice ne va pas à sa maternité.

La situation des autres auxiliaires accoucheuses non contrôlées est sensiblement la même. Plusieurs sources rapportent que des problèmes communs aux jeunes auxiliaires sont: 1) l'acceptation par la société traditionnelle rurale; 2) certaines sont choisies du fait qu'elles sont des filles de chefs ou de notables; 3) les villageois risquent de ne pas s'adresser à elles à moins qu'elles ne soient officiellement recommandées par un personnage politique important; 4) elles peuvent être des accoucheuses professionnelles. Nonobstant ces inconvénients, les auxiliaires accoucheuses rurales semblent être attachées à leur travail et fières de leurs réalisations.

3.7 Les TBA Intégrées

Selon la politique des communautés rurales ou des départements, quelques TBA sont intégrées dans les postes sanitaires et les maternités rurales.

3.7.1 La Maternité Rurale de Mbadakhoun

Trois TBA et deux auxiliaires accoucheuses travaillent dans cette maternité qui dessert 29 villages. La maternité comprend six cases traditionnelles. Les tâches sont réparties entre les TBA et les jeunes filles selon les besoins d'alphabétisme. Les villageois préfèrent les TBA pour l'accouchement proprement dit, tandis que les auxiliaires s'occupent des registres et dirigent les activités du PMI. Je n'ai pu étudier les relations de travail entre les deux groupes, ce qu'il faudrait faire pour tirer des conclusions pertinentes, cependant, il semble que la maternité avait peu de problèmes.

3.7.2 Le Poste Sanitaire de Soul-Sessen

Le poste sanitaire est situé dans le département de Fatick. Le personnel est formé d'un agent sanitaire, d'une TBA, et d'une aide. La TBA a 27 ans, est Sérère et Catholique, ne parle pas français et est indigène. Elle a fait des accouchements pendant quinze ans avec sa mère aveugle avant de suivre un stage de formation de

huit mois. Sa mère est un "charlatan" connue dans la région. A l'occasion, elle aide sa fille au dispensaire (une maternité est en construction) 2/.

Les tâches de la TBA comprennent:

- les accouchements normaux à la maternité et à domicile;
- les visites à domicile;
- travaille avec la sage-femme pendant les consultations prénatales mensuelles. Elle les donne elle-même quand la sage-femme est absente. Ceci comprend les analyses d'urine, les examens vaginaux (elle se sert de gants) et les consultations de nutrition.
- Elle donne des consultations pour les enfants jusqu'à cinq ans.
- Elle donne les premiers soins généraux à la population.
- Elle se charge du maintien de l'équipement de l'UNICEF, et elle va à Fatick pour de nouveaux approvisionnements.

Le succès de cette TBA est directement lié au fait que la communauté la connaît et lui fait confiance. Un nombre croissant de femmes vient la consulter. Elle n'est pas payée, à part quelques cadeaux.

3.8 Résumé

Le gouvernement du Sénégal n'a pas adopté de politique nationale concernant le rôle des TBA dans le secteur moderne de santé.

Selon les estimations disponibles de 1976, plus de 352 TBA avaient été recyclées dans tout le Sénégal.

Les programmes de formation varient selon la région, le département et la communauté rurale ne choisissent pas les TBA à former, d'autres choisissent un ensemble de TBA et de jeunes filles; et d'autres ne choisissent que des jeunes filles illettrées et sans expérience, qui deviendront les auxiliaires accoucheuses rurales et qui remplaceront peu à peu les TBA.

Les TBA sont bien intégrées dans les maternités rurales. Par exemple, à la maternité rurale de Touba-Toul près du centre médical de Khombole, trente TBA environ travaillent en se relayant toutes les 48 heures. Elles travaillent sous le contrôle d'une infirmière d'état au poste sanitaire voisin. Les tâches principales comprennent les accouchements normaux, les soins post-natales pour la mère et l'enfant, et les consultations de nutrition. Cette approche a été cependant limitée à la région de Thiès et n'a pas été appliquée aux autres régions du pays. Les TBA qui ne travaillent pas à l'intérieur de la structure de la maternité rurale travaillent d'habitude au niveau du village où elles sont contrôlées de façon irrégulière.

A Kaolack, dans la région du Sine-Saloum, les officiels de la santé pensent qu'il serait mieux d'éliminer les TBA et de les remplacer

2/Un charlatan est un homme ou une femme de médecine traditionnelle qui fait allusion à la magie. Ils ont rarement une large connaissance de la pharmacie mais ils utilisent pourtant des herbes, souvent au hasard.

par de jeunes auxiliaires accoucheuses lettrées. Ils pensent que la formation des TBA ne résoud pas les problèmes de santé des paysannes et de leurs enfants et qu'elles sont trop âgées et trop attachées aux coutumes traditionnelles pour assimiler de nouvelles techniques. Dans certaines régions, les accouchements à domicile s'opposent à la loi de la communauté et la TBA a une amende. Dans certains cas, il est difficile pour les jeunes auxiliaires d'être pleinement acceptées par les paysannes traditionnelles.

Comme compromis, certaines régions ont formé des auxiliaires accoucheuses ainsi que des TBA pour éviter une rupture brutale avec la tradition et pour assurer un changement social progressif. Elles peuvent travailler ensemble en équipe dans les maternités rurales avec des tâches réparties selon la nécessité d'alphabétisme ou alors elles peuvent travailler séparément. Dans les maternités rurales, leurs rôles sont complémentaires. Une recherche montre que typiquement les TBA mêlent les techniques modernes à leur pratiques traditionnelles. Leur âge, leur expérience et leur connaissance des coutumes du village rassurent leurs clients. Par conséquent, les vieilles femmes prennent en main les accouchements car elles sont plus acceptables que les jeunes filles et l'auxiliaire lettrée se charge des dossiers, de la pesée des bébés, des examens pré-natals et d'autres tâches administratives qui exigent l'alphabétisme. La possibilité d'aide de WHO/Sénégal est de former des aides-accoucheuses à travailler dans les maternités rurales et de former les TBA à travailler au niveau du village.

Une question importante qui se pose au Sénégal et à laquelle il faut répondre, est la suivante: "vaut-il mieux former des TBA ou des auxiliaires accoucheuses?" Une enquête comparative pour déterminer l'impact socio-psychologique et le coût-efficacité des programmes de formation est d'une importance capitale pour la prise de décisions d'une politique à venir.

4. LE MALI

4.1 Courbe Démographique

D'une superficie de 1 204 000 km², le Mali se caractérise par trois zones géographiques distinctes. Premièrement, la zone du désert qui comprend une partie du Sahara. Deuxièmement, la zone du Sahel, caractérisée par les savanes et une pluviosité annuelle modérée. Troisièmement, la zone du Soudan, où la pluviosité est plus importante.

En 1975, la population était estimée à 5 697 000 habitants. La densité moyenne de 4,4 habitants au km² varie de 13,9 habitants au km² dans la région de Ségou, à 0,8 habitants au km² dans la région du Gao. Le taux brut de natalité était évalué à 49,4 pour mille, alors que le taux brut de mortalité était évalué à 24 pour mille avec un taux d'accroissement annuel de 2,5 pourcent. La population âgée de moins de vingt ans représente 59,8 pourcent de la population totale. La population féminine d'entre 15 et 49 ans (années de fertilité) représente 44,2 pourcent du total de la population féminine. Le Mali est essentiellement rural: 86,6% de la population

en 1975 était rurale. La mortalité infantile dans les régions rurales a été évaluée à plus de 200 pour mille (4). Le pays est divisé en six régions (Kayes, Bamako, Sikasso, Ségou, Mopti, et Gao), et en 42 cercles qui sont tous divisés en 286 arrondissements (7,10).

4.2 Ressources Sanitaires

La répartition des ressources sanitaires favorise les régions urbaines. Le personnel sanitaire comprenait en 1975 (4):

Docteurs:	137
Accoucheuses:	201
Infirmières d'état:	466
Infirmières 1er cycle:	1254
Infirmières auxiliaires:	940
Matrones <u>1/</u> :	178

Plus de la moitié de la totalité des docteurs et des accoucheuses travaillent dans la région de Bamako.

Un docteur ou une infirmière d'état dirige une circonscription médicale dans chacun des 42 cercles existants. Il y a un dispensaire rural au niveau de l'arrondissement. Sur 286 arrondissements, vingt ont une maternité qui comprend les activités MCH 2/. Au niveau du village, il y a rarement un centre sanitaire fixe. Certains villages ont une maternité rurale construite par la population et dirigée par des matrones (auxiliaires accoucheuses).

4.3 Les Matrones Rurales

Une estimation de 80 à 90 pourcent de la population féminine accouche en dehors des facilités médicales. Les pourcentages d'accouchements contrôlés en 1972 sont présentés dans le tableau suivant.

1/ Une matrone au Mali est une jeune fille avec au moins six ans de scolarité et qui a une formation de six mois à un an.

2/ Au Mali, MCH est l'équivalent de la Santé Maternelle et Infantile (SMI).

Accouchements Enregistrés en 1972, Mali

Régions	Nombre d'habitants	Nombre de naissances enregistrées	Nombre de naissances estimées	Pourcentage de naissances contrôlées
Kayes	742 586	4 318	40 000	10,8
Bamako	964 320	15 758	53 000	29,7
Sikasso	964 002	8 863	52 000	17,0
Ségou	785 647	4 589	43 000	10,6
Mopti	1 106 185	9 226	61 000	15,1
Gao	634 249	2 786	35 000	7,9

Source: Dr. P.G. Jean-Joseph, rapport de la Mission WHO (AFR/MCH/70), 1976. Confronté avec un recouvrement insuffisant des services sanitaires modernes pour les naissances dans les régions rurales, les officiels maliens de la Santé ont choisi de former des matrones rurales ou des auxiliaires accoucheuses. En 1976 un programme de formation pour 50 matrones rurales, soutenu financièrement par l'UNICEF, fut approuvé. En 1969-1970, l'UNICEF a soutenu la formation de 85 matrones rurales. L'UNICEF procura 5000 MF (Francs maliens) par mois pour chaque stagiaire. Les matrones rurales doivent avoir six ans de scolarité. Elles ont un stage de six mois à un an, après lequel elles sont placées dans les chefs lieux et les gros villages des arrondissements. En 1974, il y avait une matrone rurale pour 30 000 habitants. Aujourd'hui, elles sont formées dans toutes les régions sauf Gao. La région de Mopti a formé récemment 10 matrones rurales (communication personnelle: Dr. Sory Ibrahime Kaba).

Un programme de formation a été mis sur pied par la Direction Nationale de la Santé et a été communiqué aux directeurs régionaux afin qu'ils puissent l'adapter aux conditions locales. Les principales lignes de ce programme sont les suivantes:

- 1) Dispenser un enseignement pratique.
- 2) Insister sur la nécessité de la protection maternelle et infantile dans les milieux ruraux.
- 3) Enseigner les principes de base d'hygiène.
- 4) Faire des démonstrations de nutrition.
- 5) Essayer de changer les mauvaises pratiques nutritionnelles qui contribuent à la malnutrition pendant le sevrage.
- 6) Enseigner la pratique de l'obstétrique.
- 7) Affecter les matrones auprès d'un dispensaire dirigé par une infirmière d'état.
- 8) Développer chez les stagiaires le sens de la responsabilité pour qu'elles prennent soin de leur équipement.

WHO a contribué au programme des matrones rurales en préparant des grandes lignes de formation et des objectifs éducatifs (8).

4.4 Les Aides-Accoucheuses Traditionnelles

Traditionnellement, chaque village a deux ou trois TBA choisies par la communauté du village. La TBA doit avoir passé l'âge de la ménopause. Le métier passe de mère en fille et il est très considéré. Pendant l'accouchement, la femme est allongée sur le dos. Les médicaments traditionnels sont utilisés pour assurer un accouchement facile. Le cordon ombilical est recouvert de "beurre de karité" et d'un mélange d'arachides. Le tétanos présente un problème. En cas de rétention du placenta, la TBA fait tousser la patiente, appuie sur l'estomac, ou administre des médicaments traditionnels. Le paiement traditionnel le jour du baptême sera soit un poulet, soit une patte de mouton (gigot).

Au début des années 1960, il y eut plusieurs tentatives de formation de TBA à Bamako. Depuis lors, le Gouvernement a pourtant décidé de ne pas encourager l'emploi des TBA et a essayé de les remplacer par des matrones males.

Il est reconnu que les vieilles TBA sont très capables. Cependant, les raisons données par le Dr. Samba, Médecin, Coordinateur de la région de Bamako, pour ne pas former les TBA sont les suivantes:

- les vieilles femmes elles-mêmes ne voient aucun besoin d'être formées;
- la formation des TBA n'a été une réussite nulle part;
- la TBA refuse de révéler certaines informations sur le village;
- elles sont illettrées et âgées et donc ne peuvent pas faire de statistiques.

Les gouvernements reconnaissent que les TBA existent, mais non pas qu'elles peuvent contribuer aux services modernes de santé. On souhaite que la matrone rurale travaille avec la TBA et la dirige. Mais la plupart du temps, la TBA refuse. Le problème n'a pas été résolu.

En dépit de cette attitude négative concernant la formation des TBA, plusieurs régions les ont néanmoins formées: Kayes en a formé deux, Bamako huit, et Ségou le plus grand nombre y compris 22 TBA et 75 TBA de développement communautaire (5). Cela fait donc un total de 107 TBA diplômées au Mali.

Les Maternités Rurales, Matrones Rurales, et TBA, Mali, 1976

Région	Maternités rurales	Matrones rurales	TBA	TBA de développement communautaire
Kayes	15	17	2	-
Sikasso	109	93(3/)	-	-
Bamako	110	74	8	-
Ségou	21	11	22	75(4/)
Mopti	-	10	-	-
TOTAL:	225	205	32	75

Source : WHO/Bamako

3/ Sikasso déclara à l'enquêteur qu'ils avaient formé 132 matrones rurales (voir 4.6 2)

4/ L'opération Riz reporta à l'enquêteur un total de 99 (voir 4.7 1).

4.5 Centre de Formation d'Ouelessebougou

Dans la région de Bamako, il y a trois centres de formation de matrones rurales: Ouelessebougou, Kolokani, et Koulikoro. En 1975, 74 matrones y ont été formées (communication personnelle WHO/Bamako).

4.5 1 Matrones Rurales

La formation des matrones rurales à Ouelessebougou commença en 1974. Depuis, il y a eu trois programmes de formation et un cours de recyclage. Le stage a lieu au très moderne complexe social maternité/dispensaire. A l'origine, il fut construit par la Mission Catholique.

En été 1976, il y eut un de 38 filles. Il dure dix mois. Il comprend l'obstétrique, la nutrition, la puériculture, l'alphabétisme, la médecine, la comptabilité, l'instruction civique, l'administration et conscience professionnelle.

Les professeurs comprennent deux sages-femmes, une assistante sociale, une infirmière, un comptable, un agent d'alphabétisme et un agent d'état civil, ce qui totalise sept professeurs différents.

Les matrones rurales sont sélectionnées d'après les critères suivants:

- choisies par les villages
- doivent revenir à la maternité rurale à la fin du stage
- doivent passer un examen d'entrée
- lettrées en français (7e année fondamentale, 5e français)
- célibataires, car la plupart des maris ne laisseraient pas leur femme s'absenter pour un programme de formation de dix mois
- âgées d'entre 16 et 23 ans
- ne peuvent venir de la ville de Bamako
- si les filles sont enceintes, elles ne sont pas acceptées.

Après l'examen final, les matrones reçoivent un trousseau d'obstétrique de la part de l'UNICEF et un salaire mensuel de 20 000 MF (10 000 CFA) payé par la collectivité rurale.

M. Togo, Directeur du centre de formation, a cité plusieurs problèmes auxquels il a dû faire face. D'abord, il n'y a pas assez de personnel pour servir en tant que personnel enseignant et personnel sanitaire ordinaire. Deuxièmement, les matrones ne reçoivent pas d'appointement pendant le stage pour payer leur nourriture et leur hébergement. Certaines sont très pauvres et ne peuvent pas se nourrir. Enfin, l'approvisionnement médical devrait être fait pour que les matrones l'utilisent pendant le stage.

4.5 2 Les TBA Intégrées

Quatre TBA formées pendant six mois à Bamako au début des années 1960 sont maintenant intégrées au centre de maternité d'Ouelessehougou. Les TBA travaillent en roulement de 24 heures. Leurs activités comprennent les accouchements, la surveillance de la maternité et des matrones rurales plus jeunes lorsque la sage-femme est absente, les analyses d'urine et les soins de la mère et de l'enfant après la naissance. Elles sont payées 500 MF par accouchement. Le total est partagé à la fin du mois, ce qui donne pour chacune entre 10 000 MF et 15 000 MF. La TBA est une partie importante de l'équipe sanitaire et souvent les villageoises n'accepteront pas qu'une jeune fille se charge de leur accouchement. Cependant, elles ont peur d'être remplacées par les matrones plus jeunes et de perdre leur poste.

4.6 La Région de Sikasso

Depuis 1970, le Dr. Diallo, Directeur Régional de la Santé à Sikasso, forme les matrones rurales et encourage la population à construire des maternités rurales. Ses efforts représentent un progrès considérable dans la formation de services sanitaires primaires pour la population rurale.

4.6 1 Maternités Rurales

D'après les dernières statistiques, il y a 110 maternités terminées dont 89 fonctionnent. Après une éducation extensive de la population rurale et des discussions sur leur principaux problèmes sanitaires, les collectivités rurales ont contribué avec enthousiasme au soutien du projet.

Les maternités sont entièrement construites en ciment et chacune coûte environ 3 500 000 MF. La zone de contrôle de la maternité est estimée à cinq kilomètres et dessert environ six à dix villages avec une population totalisant entre 4000 et 7000 habitants.(1).

La réceptivité de la population, le niveau économique relativement élevé de la région, la coopération entre les masses rurales de la région, et le dynamisme des officiels techniques et administratifs de la région, tout ceci a contribué au succès de la construction des maternités rurales. (7)

4.6 2 Les Matrones Rurales

La région de Sikasso a formé 132 matrones rurales depuis 1970. Des filles lettrées et qui reviendront travailler dans leur village, sont choisies par le village. La tendance maintenant est de choisir des femmes mariées plus âgées (entre 25 et 35 ans) car elles n'abandonneront pas leur poste aussi facilement que les célibataires plus jeunes (entre 16 et 22 ans).

Le stage dure six mois à la maternité de Sikasso, au PMI et à l'hôpital. Le personnel enseignant comprend une sage-femme, un docteur, et des infirmières. La formation est surtout pratique, avec deux heures par jour de théorie.

Les activités de la matrone rurale comprennent:

- La protection maternelle et infantile (consultations prénatales, accouchements, consultations post-natales, consultations de nutrition);
- Premiers soins pour les étudiants et le reste de la population;
- Distribution de comprimés anti-paludéens;
- Enregistrement des naissances.

Les accouchements dans les maternités rurales varient de 5 à 25 par mois.

Depuis que les matrones travaillent, le nombre de naissances contrôlées dans la région est passé de 6 500 en 1970 à 17 743 en 1975 (1). Les matrones reçoivent un salaire mensuel de 8 500 MF assuré en combinant le coût de chaque accouchement (300 MF) aux bénéfices tirés de la vente de produits pharmaceutiques (2). Elles sont payées par les groupements ruraux, par les "fédérations primaires" ou rarement par le budget régional. Elles sont inspectées par des infirmières au dispensaire le plus proche.

La formation de jeunes matrones a posé certains problèmes pour la communauté:

- 1) si elles sont célibataires, elles peuvent abandonner leur poste pour se marier;
- 2) les jeunes matrones ont des difficultés à être acceptées pour faire les accouchements à domicile quand une TBA est présente;
- 3) si les matrones sont du même village que leurs patientes, plusieurs femmes refuseront d'accoucher aidées de leurs "filles". Cependant, dans les maternités le travail des matrones rurales est plus accepté;
- 4) le paiement dépend de la prospérité des "fédérations primaires". Afin de décourager les accouchements à domicile par les TBA, certaines régions ont imposé une amende de 1000 MF sur la TBA et sur sa patiente.

4.6 3 La place des TBA

Les TBA ne sont pas encore intégrées au système sanitaire rural de Sikasso. Cependant, le Dr. Diallo pense que dans le futur, ce serait nécessaire.

Vu la situation présente, le recouvrement total n'a pas encore été obtenu. La matrone rurale ne peut couvrir qu'un rayon de 5 km.. A cause de l'importante charge financière, il n'est pas possible de construire d'avantage de maternités rurales. Cependant, l'infrastructure existante de 110 maternités rurales permet la formation et le contrôle régulier des TBA qui devraient être désignées par le village eux-mêmes, devraient suivre un stage de deux mois, et devraient subir un recyclage annuel de deux semaines.

Chaque TBA devrait être inspectée par une matrone rurale qui pourrait déterminer les problèmes. Le Dr. Diallo pense qu'il serait

mieux d'intégrer lentement les TBA jusqu'à ce qu'elles soient habituées au concept des matrones rurales et des maternités. Si la progression est trop rapide, il y aura conflit entre le système social traditionnel et le secteur sanitaire moderne. Les officiels de la santé craignent que la TBA, une fois formée, exige un salaire. Avec bon espoir, elles continueront de travailler selon le système traditionnel de paiement.

4.7 L'Opération Riz, Ségou

L'Opération Riz est un projet de développement du riz financé par le FED(5/). Un programme d'action social a été intégré dans le projet financé par l'UNICEF et le FED. Cinq centres communautaires ont été construits. L'objectif d'établissement de centres est d'encourager dans les communautés villageoises une mentalité collective ouverte au progrès et au changement, ce qui permettra le développement des femmes et contribuera à l'efficacité de la production agricole. Depuis 1973 les activités de développement de la communauté se sont étendues jusqu'à 46 villages en 1976. Au niveau du village, trois catégories d'animatrices volontaires sont formées: 1) une animatrice de santé; 2) une nutritionniste; et 3) une matrone traditionnelle (TBA).

4.7.1 La Matrone Traditionnelle (TBA)

Deux TBA sont choisies par les villageois. L'une est en principe une TBA plus âgée et expérimentée, l'autre une villageoise entre deux âges, n'ayant pas forcément d'expérience en accouchement. Elles suivent une formation théorique de quatre ou cinq jours au centre de développement communautaire. Après cela, elles sont envoyées à la maternité la plus proche pour un stage d'une ou deux semaines. Pendant ce stage, l'hébergement et les repas sont payés par l'Opération Riz pour celles qui sont loin de leur village. Les TBA reçoivent des cours de recyclage annuels de cinq à huit jours. Jusqu'à présent, il y a eu deux cours de recyclage.

Pendant le stage, on se sert du "guide des soins aux nouveaux-nés dans les régions rurales". Il a été préparé par une infirmière/sage-femme de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO), Ms. Mitchell (6). Le contenu de ce guide est neuf leçons (voir annexe 5):

- 1) le premier cri du bébé;
- 2) le bébé ouvre ses yeux pour la première fois;
- 3) préparation des points pour le cordon ombilical;
- 4) nouer et couper le cordon;
- 5) le premier bain du bébé;
- 6) le pansement du cordon;
- 7) soigner le bébé pour la première fois;
- 8) discussion sur les pratiques traditionnelles;
- 9) soins des nouveaux-nés dans les régions rurales.

La formation des TBA a été encouragée pour améliorer les conditions d'hygiène pendant les accouchements à domicile, pour compenser le manque de maternités, pour diminuer le taux de mortalité infantile, et pour rassembler les statistiques. Le rôle des TBA au niveau du

5/ F.E.D.: Fond Européen de Développement.

village comprend:

- l'établissement de contacts réguliers avec les femmes enceintes, y compris une participation avec l'équipe de développement de la communauté qui donne des consultations prénatales dans les villages tous les 15 jours;

- l'application des bases d'hygiène pendant la naissance et l'appel d'un docteur en cas d'urgence;

- la prise en soin de la mère et de l'enfant jusqu'au jour du baptême (environ une semaine).

Il n'y a pas eu de changement en ce qui concerne le système de paiement traditionnel qui comprend les cadeaux traditionnels (gigot, cola, arachides, savon, millet), et un paiement en espèce de 200 à 500 MF de la part du père, ce qui assure l'approvisionnement des fournitures médicales pour le trousseau d'obstétrique de l'UNICEF.

Les TBA sont contrôlées par l'équipe de développement de la communauté une fois tous les 15 jours. De cette façon, les naissances sont régulièrement enregistrées et les certificats de naissance distribués.

Opération Riz TBA, Mali, 1974/1976

Année	Total des TBA formées par an	Total annuel des accouchements
1974	26	496
1975	49	477
1976	24	1 265
TOTAL	99	2 238

Source: Rapport de synthèse, campagne agricole 1975-1976, Opération Riz, Ségou.

D'après ce que présente le tableau ci-dessus, les TBA diplômées augmentent leur recouvrement des accouchements ruraux. D'après les rapports, elles sont bien acceptées par la population et jouissent d'un prestige accru, grâce à leur formation. Ce programme semble être une réussite. Une personne fit le commentaire suivant: "Les femmes des villages préfèrent se rendre auprès des TBA de l'Opération Riz qu'auprès des matrones rurales formées par la fédération primaire."

4.8 Résumé

Au Mali, il y a de différentes approches au problème de l'obstétrique rurale.

Dans la région de Bamako, les matrones rurales jeunes (de 16 à 23 ans), lettrées, et célibataires sont formées pendant 10 mois dans trois centres de formation. Elles sont destinées à travailler dans les régions rurales. Huit TBA seulement furent formées pendant les années 1960, et elles ont été intégrées dans le système moderne de santé. Cependant, les officiels de la santé opposent dernièrement à la formation de nouvelles TBA.

La région de Sikasso a fait des progrès dans l'assurance des premiers soins auprès des femmes enceintes et des nouveau-nés en construisant 110 maternités rurales et en formant 132 matrones rurales. A cause d'un pourcentage élevé d'abandon par les jeunes filles célibataires, les officiels de la santé préfèrent maintenant que soient formées des femmes mariées d'entre 25 et 35 ans. Aucune TBA n'a encore été intégrée dans le système de maternité rurale à cause du conflit entre les pratiques traditionnelles et modernes. Néanmoins, on espère que dans le futur les TBA pourront être formées en deux mois pour exercer en tant que volontaire dans les régions isolées que la matrone rurale ne recouvre pas.

Un projet de développement rural pour l'amélioration de la production agricole de riz à Ségou comprend des programmes d'actions sociales sur des centres de développement communautaires. "L'Opération Riz" a formé 99 TBA qui ont fait naître un total de 2 238 enfants depuis 1974. Deux TBA sont choisies pour la formation; l'une est une TBA expérimentée plus âgée, et l'autre une femme entre deux âges, avec ou sans expérience. Le programme de formation dure deux semaines et encourage la pratique de coutumes traditionnelles, sauf celles qui pourraient être nocives.

Ce qui frappe au Mali, c'est le conflit entre les accoucheuses traditionnelles et les matrones rurales. Souvent l'ennemi numéro 1 de la matrone est la TBA. A cause de leur jeunesse et de leur manque d'expérience, il est difficile d'intégrer les matrones rurales à la structure sociale traditionnelle du village.

Les critiques sur la formation des matrones rurales au niveau national sont les suivantes:

- les matrones se découragent car elles ne sont pas régulièrement inspectées, supervisées, ou payées;
- il n'y a pas de politique ou d'administration cohérentes pour fixer le stage et le paiement des matrones rurales, ceci étant dû au manque de coordination et de planification;
- elles devraient être librement intégrées aux services sanitaires en tant que fonctionnaires.

L'idéal serait que la TBA et la matrone rurale travaillent ensemble; la matrone rurale à la maternité et la TBA au village. Les TBA diplômées aideraient à rabattre les barrières entre le système traditionnel et le système moderne de santé. Cependant, la question principale est la suivante: "les TBA accepteraient-elles de continuer à travailler en tant que volontaires?" Avec cette inquiétude et avec l'attitude générale négative et le manque de directive sur le plan national, la plupart de TBA, sauf celles formées par l'Opération

Riz" plus quelques autres, continuent à travailler de manière traditionnelle, ignorées des autorités de santé.

5. NIGER

5.1 Courbe Démographique

La République du Niger s'étend sur 1 287 000 km², avec une population de 4 592 000 habitants. La densité de la population varie de 0,1 habitants au km² à Agadez à 17 habitants au km² à Dosso, avec la moyenne du Niger de quatre habitants au km² (1975). 9,5% de la population vivent en régions urbaines. Quatre villes: Niamey, Zinder, Maradi, et Tahoua, ont une population de plus de 20 000 habitants. Le Niger est surtout un pays de petits villages, avec une population rurale de 90,5%.

Les quatre-cinquièmes du Niger sont un désert aride. Le Nord est surtout montagneux ou désert, et par conséquent, 90% de la population est concentré sur une petite bande de terre le long de la frontière sud, là où coule le Niger.

Les deux groupes ethniques les plus importants sont les Haussas (60%) et les Djerma-Sonhai (23%). Les peuples nomades ou semi-nomades, les Peulhs, les Touaregs et les Toubous, totalisent environ 20% de la population. La religion musulmane prédomine avec certains animistes traditionnels et des chrétiens.

La mortalité infantile est évaluée à 200 pour mille naissances effectives (1974). Malgré cela, plus de 45% de la population est âgée de moins de 15 ans. Le taux d'accroissement de la population est de 2,76% par an avec un taux brut de natalité de 51,7 pour mille et un taux brut de mortalité de 24,1 pour mille.

Les branches administratives comprennent: sept départements (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, et Zinder); 37 arrondissements, cinq municipalités (Niamey, Zinder, Maradi, Tahoua, et Doutchi), 127 cantons, et plus de 9000 villages.

5.2 Ressources sanitaires

Vu la dispersion de la population, le Niger a été confronté par le problème de pourvoir au personnel et aux facilités sanitaires adéquates pour le recouvrement de la population.

5.2 1 Personnel et Facilités

En 1974, le personnel sanitaire comprenait:

Docteurs:	109 (y compris 34 nationaux)
Sages-femmes:	50
Infirmières d'état:	200
Infirmières certifiées:	547
Infirmières auxiliaires:	87

Source: WHO/Niamey.

Les ressources sanitaire du pays sont réparties de façon irrégulière

favorisant la population urbaine. Chaque département a un centre médical principal. Parmi les dispensaires ruraux il y en a 142 gouvernementaux et huit privés, qui desservent plus de 9000 villages. En 1975, sur 33 maternités, 16 n'avaient pas de sage-femme. Sur 46 sages-femmes d'état, 39 travaillent dans les centres de PMI et les maternités de régions urbaines. (7).

5.2 2 Centres de Santé Maternelles et Infantiles.

Sur dix nouveau-nés, quatre seulement atteindront l'âge de 5 ans. Afin de lutter contre la mortalité infantile, le taux élevé de maladie, et la malnutrition, le gouvernement a promu des centres MCH. Il existe dix-sept centres MCH. La plupart sont localisés dans les régions urbaines, mais une tentative est faite pour intégrer les activités MCH aux maternités et dispensaires ruraux. (9). Néanmoins, la population accepte lentement la médecine préventive proposée par les centres MCH.

5.3 Les Equipes de Santé villageoises

En considérant de manière objective l'actuelle situation de santé au Niger, le ministère de la Santé a pris des mesures pour étendre le recouvrement sanitaire en créant des "équipes de santé villageoises" (E.S.V.).

5.3 1 Politique de la Médecine de Masse

Du point de vue politique, le Gouvernement a appliqué le principe de pourvoir une médecine pour les masses. Le plan triennal (1976-1978) établit que l'accent sera mis sur le développement de la véritable médecine de masse, qui sera essentiellement préventive et mobile. Deux objectifs inclus dans cette politique concernant les Equipes de Santé Villageoises sont de:

- poursuivre la formation et la supervision des agents de premier soins, des agents d'hygiène et des accoucheuses traditionnelles des villages, ainsi qu'installer des pharmacies dans les villages;
- maintenir le système de volontaires (4).

5.3 2 Animation et Santé

En Octobre 1962, le Gouvernement nigérien créa le Service d'Animation (1). L'objectif de l'animation rurale est d'éduquer et d'encourager la population à prendre la responsabilité de leur propre développement. Avec la collaboration d'animation et de santé, les différentes capacités furent combinées, ce qui facilita l'implantation d'équipes de santé villageoises. Belloncle et Fournier (1975) soulignèrent les tâches précises pour l'animation et la santé:

- ANIMATION:
- familiariser la population à leurs problèmes de santé, d'hygiène et de nutrition;
  - choisir avec les villageois les meilleurs candidats à la formation;
  - contribuer aux programmes de formation (contrôle de l'assimilation des cours et préparation du retour au village);
  - faire des évaluations périodiques au niveau du village pour comprendre les réactions des villageois et améliorer leurs activités.

- SANTE:**
- Exécuter la formation technique;
  - remplir les pharmacies de village et les trousseaux de TBA, et superviser régulièrement les agents de premier soins et les TBA;
  - évaluer périodiquement les éléments sanitaires.

5.3 3 Structure/Auto-Encadrement Sanitaire

Le projet des équipes de santé villageoises est basé sur un principe: que la population prenne la responsabilité de sa propre santé. Le but de cet auto-encadrement sanitaire est d'améliorer le niveau sanitaire du pays en formant des équipes de santé villageoises dont les tâches sont éducatives, préventives, curatives, et administratives 1/. Les équipes de santé villageoises sont formées d'un président, d'un secrétaire trésorier, d'agents de premier soins et d'accoucheuses traditionnelles. Les fonctions de chaque membre de l'équipe sont:

Le Président:

- superviser et coordonner les activités de santé du village;
- encourager les agents de premiers soins et les TBA à mettre en œuvre les actions préventives et curatives;
- assister aux opérations entre les agents de première aide et le secrétaire-trésorier.

Le Secrétaire-Trésorier:

- être responsable des médicaments pour lesquels un prix est fixé et de l'argent de la pharmacie du village;
- distribuer les médicaments aux agents de premier soins après avoir reçu l'argent;
- acheter les médicaments à la pharmacie centrale pour remplir le stock 2/;
- enregistrer les transactions.

L'Agent de Premier Soins:

a) Action éducative et curative:

- améliorer l'hygiène personnel;
- améliorer l'hygiène de l'environnement;
- prévenir l'infirmière en cas d'épidémie;

1/ Durant la deuxième journée de la Santé tenue à Tahoua de Juillet 5 à 13, la politique et la structure des équipes de santé villageoises furent exposées; participaient à cette conférence 75 délégués du Ministère de la Santé Publique et des Affaires sociales, le Ministère du Plan et le Ministère de l'Education Nationale. La plupart des informations suivantes sur les équipes de santé villageoises au Niger sont basées sur les conclusions de cette conférence.

2/ Le premier approvisionnement est gratuit. Le réapprovisionnement est assuré par les pharmacies du gouvernement qui fournissent les médicaments à un bon prix.

- campagne contre le paludisme;
  - éducation de la nutrition;
  - prendre soin de la boîte de pharmacie.
- b) Action curative:
- nettoyer les plaies;
  - distribuer de simples médicaments d'après les symptômes;
  - évaluer la gravité de la maladie afin de recommander une visite au dispensaire le plus proche, si nécessaire.
- c) Action administrative:
- enregistrer les activités, l'approvisionnement médical reçu et distribué, ainsi que les progrès d'hygiène;
  - entretenir une certaine réserve de médicaments;
  - agir en tant que liaison entre les membres de l'équipe de santé villageoise et l'infirmière du dispensaire le plus proche.

5.4 Les Accoucheuses Traditionnelles 1/

5.4 1 Sélection du Village

Les villages choisis pour participer au projet EPV doivent être parvenus à un certain niveau de développement et de conscience de leurs problèmes. Les plus grands villages sont choisis dans un rayon de 15 à 20 km du dispensaire. Les dispensaires sont chargés de surveiller en moyenne 15 villages. La priorité va aux villages qui ont une école. Une sélection est faite après collaboration avec les autorités administratives, les chefs traditionnels et les représentants des bureaux concernés.

5.4 2 Etude de l'Environnement

Les informations devraient être regroupées pour déterminer une zone d'implantation. Des enquêtes devraient être menées dans le village et au niveau professionnel pour déterminer les coutumes, les croyances, et les pratiques qui entourent la naissance. Les pratiques de nutrition et d'hygiène devraient y être incluses. Après cette enquête préliminaire, l'éducation de la population peut commencer, suivie d'un choix de TBA.

5.4 3 Critères de Sélection

Une à trois TBA peuvent être choisies dans chaque village. Elle doit être en exercice, en bonne santé, lettrée si possible, vivre dans le village et avoir la confiance de la population du village. Le paiement varie selon les coutumes du village.

5.4 4 Formation

Les programmes de formation varient d'une région à l'autre; pourtant, tous les programmes ont des traits communs. La formation a lieu pendant la saison sèche, de Novembre à Mai. Un maximum de 10 TBA sont recommandées pour chaque stage de 10 à 15 jours au dispensaire local ou à la maternité. La formation est donnée par les sages-femmes, si elles sont disponibles, des infirmières du dispensaire et des membres d'animation. "Peace Corps Volunteers" (Volontaires du Corps de la Paix) participent aussi, et enseignent d'habi-

1/Une grande partie des informations de cette section concernent aussi les agents de premier soins.

tude l'hygiène et la nutrition. Les stages devraient être fixés en permanence chaque année en cas d'abandon d'un TBA.

Etant donné qu'une méthode pédagogique pour les adultes lettrés fait généralement défaut chez le personnel, une indication générale montrant la méthode et le contenu des cours est en préparation (voir annexe 6). Ceci ne doit pas être imposé à la population mais plutôt servir de guide général.

Selon les résultats de l'étude d'environnement, les programmes de formation comprennent généralement les sujets suivants:

- notions générales d'hygiène;
- hygiène de la femme enceinte;
- notions d'anatomie génitale;
- grossesse normale et accouchement normal;
- complications de grossesse, hémorragie, œdèmes et parasites;
- soins du nouveau-né;
- lait maternel et lait de vache;
- démonstrations d'aliments des nourrissons;
- emploi d'un registre de naissance.

Au bout de chaque stage, un trousseau de l'UNICEF ou fabriqué localement est donné à la TBA.

5.4 5 Supervision

La supervision est normalement entreprise par une équipe mobile comprenant des agents de santé, d'animation, et d'alphabétisme. Pour des raisons de supervision, les villages ne doivent pas se trouver à plus de 10 à 15 km du dispensaire. Le contrôle doit se faire une ou deux fois par mois. Tous les deux mois, le chef du centre médical, avec les agents d'animation et d'alphabétisme, doit discuter avec la population des difficultés rencontrées, réapprovisionner et vérifier le contenu des trousseaux d'obstétrique (et la pharmacie du village), vérifier les registres de naissance afin d'obtenir des certificats de naissance, et contrôler et améliorer les techniques employées par les TBA. Le support moral de la part de l'équipe de supervision est très importante.

5.4 6 Recyclage

Le recyclage, au moins une fois tous les deux ans est important. L'ancienne information doit être révisée à laquelle se grefferait progressivement une nouvelle information. Le recyclage est fait essentiellement sur le même système que la formation: environ dix jours.

5.4 7 Evaluation

Des évaluations annuelles par des agents de santé, d'animation et d'alphabétisme devraient être tenues pour évaluer l'impact du programme, les problèmes, et les changements nécessaires. Au niveau du village, des meetings évaluatifs sont tenus avec les chefs de village, les TBA elles-mêmes et enfin les villageoises.

5.4 8 Formation pour les Nomades

La stratégie est différente, mais les principes restent les mêmes. L'éducation de la population nomade est difficile à cause de leur caractère et style de vie. Une formation devrait être assurée pendant les périodes où les nomades se rassemblent. Afin de renouveler l'approvisionnement médical, une carte d'identité devrait être délivrée pour permettre le réapprovisionnement dans tout territoire. Peut-être que de distribuer gratuitement les médicaments encouragera le programme jusqu'au moment où la population nomade se rendra compte de son intérêt. Le gros problème est la supervision et la solution dépend des ressources disponibles et de l'ingéniosité.

5.4 9 Dans les régions urbaines

Les TBA et les "femmes relais" devraient travailler ensemble dans leur section de la ville. Les TRA peuvent vérifier le nombre de femmes enceintes, donner des conseils, les encourager à se rendre aux consultations prénatales, accompagner les femmes à la maternité, et suivre le nouveau-né après la naissance.

Une femme relais est plus concernée par la nutrition et l'éducation sanitaire. Elle peut suivre les enfants jusqu'à trois ans, assurer la préparation de la nourriture des nourissons à domicile, donner des conseils et encourager les femmes à se rendre au PMI.

5.4 10 Participation aux activités de PMI, Campagne de vaccination, et Campagne contre le paludisme

Au niveau du village, les TBA devraient surveiller toutes les femmes enceintes et préparer une liste pour l'équipe de supervision. Elle devrait veiller aux œdèmes et aux grands risques de grossesse. Là où nécessaire et possible, la TBA devrait encourager les villageoises à saisir les avantages des services prénatals et postnatals offerts par le dispensaire le plus proche. Actuellement, il y a 18 TBA qui ont intégré les centres PMI/Maternité au Niger(7). Quelques-unes reçoivent un petit salaire, d'autres sont volontaires et espèrent être éventuellement payées. Par exemple, à Oulam il y a deux TBA qui travaillent au dispensaire/maternité; l'une reçoit 5000 CFA par mois, l'autre est volontaire.

Les TBA peuvent aussi jouer un rôle actif pendant les campagnes de vaccination et les campagnes contre le paludisme au niveau du village. Toutes les femmes enceintes devraient prendre des comprimés anti-paludéens à partir du cinquième mois pour réduire la mortalité fœtale et néonatale.

5.5 Financement

Autrefois, les programmes de formation des équipes de santé villageoises - y compris les TBA, les agents de premier soins et le président ainsi que le secrétaire-trésorier - étaient financés par les budgets d'arrondissement et des agences collaboratives telles que l'UNICEF et le groupe d'Association d'Aide des Eglises du Niger. Cependant, le gouvernement souhaite maintenant centraliser les programmes de formation des équipes de santé villageoises et financer les programmes de formation directement du budget national afin

d'avoir plus de contrôle. Le coût de formation varie selon les départements. Il a été estimé à environ 300 000 CFA pour la formation à MARADI, et à 500 000 CFA pour les programmes d'initiation dans le département de Niamey. (Communication personnelle: M. Amadou Boukari). L'équipement pour les programmes d'initiation coûte toujours plus cher. L'UNICEF a prôné 9450 CFA par TBA pour un maximum de 130 TBA (communication personnelle: M. Boubacar Issa Camara). Le coût par matrone estimé variait de 4 620 CFA à 10 000 CFA. Le coût total des programmes de formation comprend des charges supplémentaires comme le gaz, l'essence, les lampes, la nourriture, le matériel d'enseignement, les remises, etc.

5.6 Etudes de 1976 des Equipes de Santé Villageoises

Le nombre total de TBA formées entre 1965 et 1976 est de 945, y compris TAHOUA; on peut estimer que plus de 1000 TBA ont été formées au Niger. Plus de 1200 secouristes ont été formées (voir annexe 6B).

Matrones formées (TBA), Niger, 1965 - 1976

Département	Total formé	villages sans TBA	mois-année	
			Formation	Recyclage
Agadez	20	26	75 - 76	76
Diffa	31	33	76	-
Dosso	92	28	72 - 76	73 - 76
Maradi	416	67	66 - 76	71 - 76
Niamey	214	132	69 - 76	75 - 76
Tahoua ^{4/}	-	-	69 - 76	75 - 76
Zinder	172	78	71 - 76	71 - 76
TOTAL:	945	364 ^{5/}		

Source: WHO/Niamey.

^{4/} Rapport de Tahoua incomplet à l'époque de l'étude.

^{5/} L'enquêteur met en question l'exactitude de ce chiffre vu qu'il y a 9000 villages au Niger.

Le Ministère estime qu'environ 1500 villages, ou 15% des 9000 villages du pays, sont recouverts par les équipes de santé villageoises (18).

Pendant l'enquête, des classements en bien ou médiocre sont faits par le personnel superviseur. 65 à 80% des TBA ont eu un classement à Maradi, 394 sur 416 ont été classées en bonnes ouvrières. (Communication personnelle: WHO/Niger).

5.7 Le Département de Maradi

Le département de Maradi commença à former des TBA d'abord en 1966. Depuis, des programmes de formation ont été reproduits dans tous les départements du Niger.

5.7 1 Profil de la TBA

Pendant l'étude préliminaire des coutumes et des pratiques des TBA (Haussas), on a vu qu'elles jouaient un rôle très passif et rituel. La TBA n'intervient qu'après la sortie de l'enfant et du placenta pour couper le cordon ombilical, enterrer le placenta et laver le bébé. Le cordon peut être coupé avec une tige de millet ou un couteau traditionnel. Il n'est pas noué. Pour cicatriser, un couteau chaud ou un morceau de potterie peut être appliqué au bout du cordon. La naissance a lieu par terre ou sur un morceau de vieux tissu qui n'est pas lavé avant 7 jours après la naissance - le jour du baptême - et la femme accouche accroupie ou sur les genoux, les talons contre le périnée. En cas de malformation de la tête, la TBA masse le crâne pour le reformer. La naissance se fait au domicile de la mère.

Les TBA sont âgées de 60 à 80 ans, seulement les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause. Traditionnellement, la profession n'est pas nécessairement héréditaire, mais souvent la vieille TBA choisit quelqu'un de sa famille qui la remplacera. D'habitude, il y a une TBA principale par village. Le paiement dépend de la coutume: ce peut être du millet, des noix de cola, de l'argent, ou la tête, les pattes et la peau d'un agneau qui a été tué le jour du baptême. Les rites musulmans considèrent le septième jour le jour de la cérémonie baptismale.

En cas de difficultés, les bokos (d'habitude des Peulhs) ou les marabouts (chefs religieux musulmans) sont sollicités pour réciter des prières et exécuter les rites. Les médicaments traditionnels sont employés aux périodes prénatales, postnatales et d'accouchement mais toujours pour les cas difficiles.

5.7 2 Objectifs de la Formation

Les objectifs de la formation sont: d'encourager les TBA à jouer un rôle plus actif avant l'accouchement, d'améliorer les standards d'hygiène et les techniques d'accouchement; de rapporter les cas compliqués aux centres de santé; et d'enregistrer la naissance du nouveau-né. Plus tard, les rôles des TBA fut élargi aux activités prénatales et postnatales, telles que les suivantes:

- Prénatales:**
- 1) guetter les femmes à gros risques;
    - œdèmes (prescrire un régime sans sel);
    - femmes trop jeunes (à moins de 15 ans);
    - femmes petites (moins d'1,50 m);
    - récit des accouchements difficiles;
  - 2) surveillance et enregistrement de toutes les femmes enceintes du village;
  - 3) visites mensuelles à domicile pour découvrir les femmes à gros risques.
- Postnatales:**
- 1) démonstration de la nourriture du bébé à sevrer;
  - 2) découverte de malnutrition en palpant les fesses:
    - fesses fermes: bébé en bonne santé;
    - fesses molles: perte de poids;
    - fesses relâchées: malnutrition.

La malnutrition est un grave problème. En 1975, la malnutrition concernant les enfants jusqu'à un an était de 18,5%; entre un et deux ans, 53,6%; et entre deux et trois ans, 63,6% (13). Par conséquent, les TBA sont encouragées à jouer un rôle plus actif au niveau du village en participant et en pesant les bébés lorsque l'équipe de santé arrive au village et en poussant les mères à se rendre aux journées PMI au dispensaire le plus proche s'il n'est pas trop éloigné.

5.7 3 Réalisation

En 1975, 381 TBA formées déclaraient avoir aidé à 3 732 accouchements sur une estimation totale de 41 100 naissances, ou approximativement un sur dix. Les accouchements dans les facilités sanitaires rurales modernes en totalisèrent 1891 pendant cette période. Le total des accouchements contrôlés comprenant la maternité de Maradi (2941) est de 20%. En 1976, 462 TBA formées exercent dans 174 villages. (9)

Des progrès dans les conditions d'hygiène ont été faits. Certaines TBA, mais pas toutes, jouent un rôle plus actif dans les consultations prénatales et postnatales mentionnées ci-dessus.

Un critère de progrès est de vérifier si la TBA a été appelée avant ou après l'accouchement. Maintenant, la plupart des TBA sont appelées avant, mais certaines ne sont encore appelées que pour couper le cordon. Peu à peu, les pratiques nuisibles changent. Les TBA connaissent leurs limites et évacuent à temps. Dans leur village n'a été rapporté aucun cas de tétanos et les évacuations à cause d'infection du périnée sont rares. (15).

5.8 Le Département de Niamey.

La formation des TBA commença effectivement en 1965, mais à cause du manque de motivation du personnel concerné, les activités furent restreintes. Dans les dernières années, la formation a été à son maximum avec un total de 214 TBA mises à jour.

A partir d'interviews personnelles de 10 TBA, du personnel sanitaire, et de différents rapports, l'enquêteur trouva que la situation

dans le département de Niamey était essentiellement la même que celle de Maradi.

En somme, les TBA sont bien intégrées dans la vie de leur village. La plupart des TBA pensent qu'elles sont plus respectées depuis leur formation, et certaines sont appelées d'autres villages. Dans quelques arrondissements deux TBA par village ont été formées; dans d'autres, Oullam par exemple, on a décidé de ne former qu'une TBA par village afin d'éviter toute jalousie. Quelques TBA sont intégrées aux maternités et aux dispensaires, payées ou volontaires. Elles participent aux examens prénatals et exécutent d'autres tâches simples. A Oullam, une TBA participe en tant que membre du personnel pendant les stages de TBA. Les villages ont rarement refusé de participer à la formation.

Certaines difficultés ont été remarquées: 1) à Tillabéri, l'équipe d'animation rapporta que dans une région les TBA formées ne sont pas sollicitées car les hommes disent que c'est contre leur religion, et qu'une seule naissance a été enregistrée pendant une période de trois mois; 2) puisque c'est la coutume des femmes de la région (Djerma) de dissimuler leur grossesse par crainte de mauvais esprits, les consultations prénatales se sont révélées difficiles; 3) les activités postnatales se limitent d'habitude à soigner le nourrisson pendant les sept jours qui suivent la naissance. Le cordon ombilical est pansé régulièrement tous les jours après la naissance, mais il y a des mères qui enlèvent le pansement, préférant employer leurs méthodes de cicatrisation traditionnelles. Chez une mère, j'ai vu un bébé qui avait du mercurochrome sur le cordon ombilical, le pansement avait disparu, et la mère était en train de tapoter le cordon et d'autres parties du corps avec du sable chauffé et enveloppé dans un morceau de chiffon. Ceci montre bien la confusion entre les pratiques modernes et traditionnelles. Finalement, il a été difficile de mener les TBA à faire des démonstrations de nourriture pour les bébés. Certaines se plaignent qu'elles n'avaient pas le temps et que les villageoises ne suivaient pas leurs conseils.

Certaines TBA ont exprimé le désir d'apprendre plus et d'étendre leurs activités. Par exemple, elles aimeraient en savoir plus sur les causes de maladies affectant les femmes enceintes, les enfants et les mères. Certaines aussi aimeraient être responsables de la pharmacie du village pour distribuer les médicaments nécessaires aux femmes et aux enfants. Ceci est surtout vrai quand il n'y a pas d'agents de premier soins au village.

La supervision des TBA au niveau du village est faite chaque mois ou tous les deux mois. A Oullam, une équipe composée d'une sage-femme (expatriée), d'un infirmier auxiliaire, et d'une animatrice visite les villages pour renouveler le stock médical, et pour contrôler les activités en remplissant un tableau de surveillance et des statistiques (voir annexe 66). Un critère important mentionné dans ce tableau est si la TBA est appelée avant ou après l'accouchement, ceci déterminant l'impact de formation ou le changement des coutumes traditionnelles. Au niveau de l'arrondissement, des

meetings trimestriels sont tenus avec le docteur en chef du département de Niamey et des membres des équipes d'animation et de santé. Les meetings départementaux sont tenus annuellement à Niamey en la présence d'agents de santé, d'animation, et d'alphabétisme.

5.9 Problèmes Communs

Les départements de Maradi et de Niamey, ainsi que d'autres, ont des problèmes communs.

Formation: certains officiels pensent que la période de formation de 10 à 15 jours est trop brève pour une assimilation satisfaisante, cette durée a été établie à cause des ressources financières limitées et des obligations familiales des TBA. Sans tenir compte de cette courte durée, le coût de la formation est élevé. Les méthodes d'enseignement utilisées ne sont pas pour des adultes illétrés. Le personnel enseignant n'a enseigné que ce qu'ils ont appris à l'école.

Age: si les TBA sont trop âgées, (60-80 ans), cela pose un problème. Comme phase initiale, il faut faire appel aux vieilles TBA, mais, dans une seconde phase, il faudrait les remplacer par des TBA plus jeunes (30-50 ans) qui peuvent mieux assimiler.

Réintégration: parfois la TBA est choisie par le chef du village plutôt que par les membre de ce village. Il peut choisir sa femme, sa fille, sa nièce, ou autre membre de sa famille. Dans ce cas, d'autres TBA non-formées continuent à travailler et les activités des TBA formées sont limitées. A l'opposé, une TBA formée peut devenir si populaire qu'elle attirera de la clientèle, recevra des cadeaux au dépens des autres TBA, ce qui provoquera de la jalousie.

Supervision: à cause de la pénurie de personnel et de ressources matérielles, la supervision est irrégulière, sinon inexistante dans certains villages. Par conséquent, les trousseaux d'obstétrique risquent de ne pas être régulièrement fournis. Il arrive que le moral du personnel de supervision soit bas car son travail supplémentaire n'est pas rémunéré. Les tableaux de supervision ont été faits pour regrouper plus d'information et guider la supervision. Le personnel de supervision devrait encourager plutôt que critiquer à l'excès les TBA.

Evacuations: les obstacles aux bonnes évacuations consistent en une reconnaissance incorrecte des risques et de leur gravité, ou manque de transport, et l'influence des marabouts qui pourrait causer un retard supplémentaire. De plus, le fatalisme, l'habitude d'accepter les décès des mères et des enfants, est une caractéristique commune à la société musulmane et aux paysans pauvres.

Expansion des activités: il est difficile d'étendre les activités de la TBA à inclure les services préventifs comme les consultations prénatales et postnatales. Le fait de mener les TBA à faire des démonstrations de nourriture pour nourrissons, à donner des conseils sur la malnutrition et sur les femmes à grands risques, a progressé lentement 7/. Les efforts pour mener les TBA à suivre les

7/ Les démonstrations de nourriture pour nourrissons ont été faites lorsque la farine était distribuée gratuitement.

nouveaux-nés plus longtemps que les sept jours traditionnels n'ont pas été convaincants.

Recouvrement limité: en dépit des efforts pour étendre les soins de base aux femmes enceintes et aux nouveaux-nés en formant des TBA, une grande partie de la population reste éloignée de tout service sanitaire moderne. Dans le département de Maradi, le département le plus en avance en 1976, seulement 21 villages sur 1085 avaient un dispensaire (12% de la population) et 174 villages avaient eu une équipe de santé villageoise (15).

Reproduction du programme: avec centralisation du programme de santé du village et la politique en application de la médecine de masse, il existe encore des contraintes sur l'expansion. La nécessité de main-d'œuvre augmente et le développement du système est gêné par le manque de finances.

5.10 Résumé

Le Niger bénéficie du programme de formation des TBA de l'Afrique Occidentale le mieux organisé, le mieux conçu, et le plus réaliste. Les facteurs qui contribuent à sa réussite consistent en 1) la politique de "médecine de masse", et un recouvrement total de la population y compris la formation des TBA; 2) une approche intersectorielle comprenant les agents de santé, d'animation, et d'alphabetisme; 3) l'inclusion dans l'ensemble des équipes de santé villageoises, ce qui permet une approche des premiers soins.

Les obstacles à son succès sont surtout dûs à l'insuffisance de personnel, de finances, et de ressources matérielles. Pourtant, l'expérience a prouvé que former des TBA peut améliorer l'obstétrique rurale et aider à combler le fossé entre les soins sanitaires modernes et les pratiques traditionnelles. Le gouvernement du Niger espère étendre le programme. De nouvelles étapes prévues qui contribueront à l'efficacité du programme sont la formation des TBA nomades, l'étude de médicaments traditionnels qui est actuellement entourée au Niger, et la possibilité de créer des mini-pharmacies pour les TBA.

6. La Haute Volta

6.1 Courbe Démographique

La population de la Haute Volta était estimée en 1975 à 6 millions d'habitants, de répartition irrégulière sur une superficie de 274000 km². La densité de la population totale est de 22 habitants au km², et dans certaines régions localisées, elle atteint 100 habitants au km². En 1976 le taux brut de natalité était de 49,9 pour mille avec un taux brut de mortalité de 24,8 pour mille. L'accroissement de la population est d'environ 2%, et la famille moyenne est composée de 9,4 personnes. La population varie selon l'exode des voltaïques vers les villes côtières de la Côte d'Ivoire et du Ghana, cherchant de l'emploi.

La population se compose de plus de soixante groupes ethniques différents dont 48% sont Mossi. Les autres groupes importants sont les

Peulh, les Lobi-Dagari, les Mandé, et les Bobo.(1). A cause des conditions climatiques et économiques défavorables de ce pays intérieur, la majorité de la population est pauvre, et dépend de la subsistance et de l'agriculture familiale. Plus de 95% de la population est rurale. Des 7000 villages du pays, plus de 5000 sont totalement isolés par leur situation géographique, leur organisation traditionnelle, ou leur manque d'éducation. Les longues distances et les mauvaises routes qui séparent les centres urbains et les villages sont des obstacles à la communication.

6.2 Ressources Sanitaires

La situation en Haute Volta montre un déséquilibre entre les facilités sanitaires et le personnel dans les régions urbaines et rurales.

6.2 1 Les facilités sanitaires et le personnel

Les facilités sanitaires ne recouvrent pas la population totale. Certains villages sont à plus de 40 km du centre de santé le plus proche. Les autorités de la santé estiment que seulement 10% de la population est recouverte par la facilité sanitaire (6). A cause, d'une part, de l'insuffisance de centres médicaux, et, d'autre part, de la malnutrition et du manque d'hygiène, hygiène général et de l'ignorance, il existe un taux élevé de mortalité infantile.

En 1975, la Haute Volta avait 95 médecins (28 nationaux), 81 accoucheuses, 269 infirmières d'état et 981 infirmières certifiées. En 1976, sur un total de 98 accoucheuses professionnelles, 69 travaillent dans les grandes cités urbaines, Ouagadougou et Bobodioulasso (Bobo). Ceci est dû en partie au fait que les accoucheuses se marient avec des fonctionnaires aisés et vivent là où leur maris sont transférés. Il y a environ 212 auxiliaires accoucheuses (matrones rurales) dans le service publique et 28 dans le secteur privé (communication personnelle: WHO/Haute Volta).

Les matrones rurales sont formées pendant 6 à 18 mois à travailler dans les maternités rurales. Il y a un total de 138 maternités rurales attachées aux dispensaires et 34 maternités rurales seules (y compris les villes). Les matrones rurales doivent avoir au moins 18 ans et être lettrées en français. Généralement, elles sont formées aux maternités à faire les accouchements. La plupart sont payées par la collectivité rurale, mais certaines sont payées par le Ministère de la Santé.

Les animatrices sont formées à travailler dans les villages pour améliorer la santé en général et la salubrité de la communauté. Par exemple, le projet de l'Unesco forma un total de 193 animatrices volontaires et 34 monitrices de village payées (3) 1/.

1/Une monitrice a un niveau d'éducation plus élevé qu'une animatrice et elle est salariée.

6.2 2 Soins Sanitaires de Base

Avec ces conditions, insuffisance de personnel de santé qualifié, centres de santé limités et mauvaises communications, le gouvernement de la Haute Volta s'efforce de trouver une solution à ces problèmes. Une alternative soutenue par WHO est d'organiser un personnel pour les soins sanitaires de base pour les communautés villageoises. Il existe déjà plusieurs sortes d'agents de santé dans les villages voltaïques: secouristes, accoucheuses traditionnelles, matrones rurales, animatrices et animateurs, et guérisseurs. La croix rouge de Haute Volta a formé 15 000 secouristes dont certains exercent dans les villages. Les accoucheuses traditionnelles continuent d'assurer un service important auprès des villageoises, considérant l'insuffisance d'accoucheuses qualifiées qui exercent dans le milieu rural. Les services pharmaceutiques de la Haute Volta font une étude des médicaments traditionnels, dans l'espoir d'intégrer des traitements efficaces à un prix raisonnable aux programmes des soins sanitaires de base (6).

Avant qu'un progrès notoire peut être fait vers la réalisation de l'intégration des agents traditionnels de santé comme des guérisseurs et des accoucheuses traditionnelles aux programmes des soins sanitaires de base, il faut:

- a) enquêter sur les besoins de soins sanitaires de base dans les villages;
- b) enquêter sur les "agents de santé" existants;
- c) définir les fonctions des agents de santé et préparer des programmes de formation;
- d) orienter le personnel de santé vers une nouvelle optique(6).

6.3 Programmes de Formation pour les TBA

Bien que le gouvernement s'intéresse à la formation des TBA, il n'a pas encore lancé un programme définitif. Cependant, des efforts ont été faits par plusieurs docteurs motivés pour développer des programmes de formation sur une base régionale. Certains de ces efforts régionaux se sont vérifiés à Kongoussi, Fada-N'Gourma, Yako, Gaoua, et Kaya 2/

6.4 Projet Expérimental de l'UNESCO

Un projet de formation des TBA d'un intérêt tout particulier est sous les auspices du Projet Expérimental de l'UNESCO: Egalité d'Accès à l'Education pour les Femmes et les Jeunes Filles.

Sous le patronage du Ministère de l'Education, le projet a été financé de 1967 à 1976 par l'UNESCO et l'UNDP, avec l'assistance de l'UNICEF, le "Peace Corps", SUCO 3/ et le Service Catholique de Secours (Secours Américain Catholique).

2/ Peut-être que d'autres régions forment aussi des TBA, mais l'enquêteur n'a pas eu le temps de visiter toutes les régions.

3/ Service Universitaire Canadien d'Outre-Mer.

Le but de ce projet est d'intégrer les femmes au procédé de développement en augmentant les possibilités éducatives offertes aux jeunes filles et aux femmes des régions rurales. Plusieurs activités éducatives ont été entreprises pour améliorer la qualité de vie des femmes rurales en ce qui concerne l'instruction civique, la santé, l'agriculture, le budget, l'éducation sociale, et les corps de métiers. ^{4/}

La formation des TBA a été menée à bien dans les trois régions du projet: Kougoussi, Banfora, et Pô. Des objectifs à long terme du programme consistent à diminuer la mortalité maternelle et infantile et assurer un développement plus harmonieux de la famille et de la région dont le développement économique et social dépend de la santé de ses habitants. Chacune des trois régions fut choisie à cause des niveaux différents du développement économique:

- Kougoussi: situé à 105 km au Nord-Est de Ouagadougou, c'est une zone aride avec des pluies rares et irrégulières; le groupe ethnique le plus important sont les Mossis, région de développement économique la moins favorisée.
- Banfora: situé à 445 km à l'Ouest de Ouagadougou, c'est la plus prospère des trois régions, l'agriculture et les usines favorisant le développement; une population ethnique variée comprenant des Sénoufos, des Goinis, des Turkas, et des Karaboros.
- Pô: situé à 150 km au Sud du Ouagadougou, près du Ghana; comparé au deux autres, c'est une zone de développement économique intermédiaire; le groupe ethnique le plus important est le Kassena.

Trois dispensaires sont localisés dans la région de Kougoussi. Une maternité à Kougoussi est tenue par des infirmières et deux autres dans les villages sont tenues par des sages-femmes. A Banfora, il y a un hôpital avec un docteur, une sage-femme, et des infirmières. Il y a trois dispensaires dans la région. Dans la région de Pô, il y a au moins un hôpital/maternité plus des dispensaires. A cause de la diversité des régions, chaque programme de formation des TBA a été adapté localement aux besoins de chaque groupe. Un total de 96 TBA ont été formées dans les trois régions. Sur ce groupe, 29 ont suivi les cours de remise à jour.

^{4/} Ce qui comprend les activités telles que le fermage collectif des moulins et des charrettes; l'alphabétisation, les maternités de village, la puériculture, l'éducation sanitaire, la couture, le tissage, la construction de latrines et de filtres à eau, l'instruction civique, la formation des animatrices et des TBA, plus d'autres activités.

Programme de Formation des TBA par l'UNESCO, Haute Volta, 1968-1975

Dates	Nombre de Participantes	Nombre de recyclées
Kongoussi 13 Jan - 13 Fév (1969)	13	
Date non mentionnée (1970)	6	
15 Mar - 14 Avr (1972)	4	
17 Avr - 17 Mai (1972)	1	
17 Avr - 3 Mai (1972)	-	6
17 Fév - 15 Mar (1975)	14	
	38	Total recyclé 6
Banfora 15 Mar - 9 Avr (1971)	19	
8 Mar - 5 Avr (1975)	13	
Total formé	32	Total recyclé 0
Pô 2 Mai - 30 Mai (1973)	26	
2 Mar - 22 Mar (1975)	-	23
Total formé	26	23
GRAND TOTAL	96	GRAND TOTAL 29

Source: Rapport de Fin de Mission du Conseiller Technique Principal, Projet Expérimental UNESCO, 1976 (3).

En surclassant les capacités techniques des TBA, le projet de l'UNESCO espère améliorer la santé générale des mères et des enfants, et de ce fait contribuer au développement social et économique de la société dans son ensemble. Les programmes de formation viennent de Pô et de Kongoussi. Il n'y a pas de standardisation de la formation. Leurs objectifs sont d'améliorer les capacités techniques des TBA et de donner une éducation générale aux TBA afin qu'elles puissent devenir des animatrices.

6.4 1 Programme de Formation de Pô

Le programme de formation daté du 2 au 30 Mai 1973 a été pris comme exemple. 27 stagiaires TBA furent sélectionnées par les villageois en s'appuyant sur les critères suivants:

- a) acceptée par les villageois;
- b) influence sur les hommes et les femmes du village;
- c) de l'expérience en accouchement;
- d) quelqu'un qui peut exercer longtemps (pas trop âgée).

L'âge des TBA choisies varie de 30 à 55 ans. Une moyenne de deux TBA furent recrutées de 14 villages avec une population allant de 227 à 1235 habitants. Les villages participants furent localisés dans un rayon de deux à quarante-sept km. Les stagiaires étaient logées ensemble et une gardienne d'enfants était disponible. La cérémonie d'inauguration, à laquelle participaient les officiels du gouvernement, les officiels du projet, et le personnel de formation, lança le programme de formation de quatre semaines.

Les stages d'éducation générale furent tenus au Bureau Régional de l'UNESCO. Les sujets consistaient en une variété de matières comprenant l'éducation sanitaire, la nutrition, les activités domestiques, l'instruction civique, l'organisation, les capacités techniques pour les TBA, l'agriculture, plus d'autres sujets (voir annexe 7). Les films éducatifs furent passés sur l'hygiène, la puériculture, et la nutrition.

Le personnel enseignant de 23 membres comprenait le personnel de l'UNESCO, les experts techniciens, et les officiels du gouvernement.

La formation technique eut lieu à la maternité. Des groupes de 4 stagiaires alternaient tous les 24 heures (de 8h à 8h). Les instructeurs de santé comprenaient deux docteurs, deux infirmières d'état, et quatre infirmières étant chargées de la théorie, de la formation pratique, et de la supervision. Le stage recouvrait les périodes prénatales, d'accouchement, et postnatales. On a particulièrement insisté sur le fait de reconnaître les problèmes pour l'évacuation (voir annexe 7A). L'instruction s'est faite dans la langue Kassena.

Le financement du stage a été assuré par l'UNESCO (voir annexe 78). Le Ministère de la Santé fournit des instruments et des médicaments pour les trousseaux d'obstétrique. A la cérémonie clôturale du stage les TBA reçurent leurs diplômes et leur trousseau d'obstétrique (voir annexe 8).

6.4 2 Programme de Formation de Kongoussi

Le projet de l'UNESCO forme les TBA de Kongoussi depuis 1969. Comme il a été mentionné, un total de 38 TBA ont été formées, et 6 ont suivi un cours de remise à jour. Un total de 14 TBA furent formées par le programme de formation le plus récent, du 17 Février au 15 Mars 1975 ^{5/}. Les frais du programme s'élèvent à 71 711 CFA. Les membres

^{5/}Le programme de formation de Kongoussi est très proche de celui de Pô et n'est pas compris dans l'annexe.

du personnel de l'UNESCO à Kongoussi pensent qu'entre 1969 et 1976, la situation générale de la maternité dans le village s'est améliorée grâce à leurs efforts pour former les TBA 6/. Depuis la conception initiale du programme, trois TBA sont mortes. Elles ont été remplacées par les plus jeunes qui peuvent exercer plus longtemps 7/. On préfère les jeunes TBA car elles apprennent plus facilement, et sont physiquement plus fortes.

Plusieurs difficultés ont été soulignées. Premièrement, il n'y a pas de système établie de supervision sauf des visites occasionnelles par des monitrices de l'UNESCO, des registres de naissance et des cours de mise à jour. Le ministère de la Santé ne participe pas aux efforts de supervision. Deuxièmement, l'approvisionnement pour les trousseaux d'obstétrique n'est pas régulièrement assuré. Après la contribution initiale de la part du Ministère de la Santé, on s'attend à ce que les villageois payent leur propre stock.

6.4 : Caractéristiques de la TBA

Yalka est un petit village Mossi situé à 20 km de Kongoussi. Sèche et stérile, économiquement, c'est une des régions les moins développés de Haute Volta. En 1969, 2 accoucheuses traditionnelles furent formées au centre médical de Kongoussi par le projet de l'UNESCO. Elles suivirent des cours de mise à jour en 1972 pendant 15 jours et une fois de plus en 1976 pendant une semaine.

Une TBA, qui fut formée, est aussi le chef du village. Elle a beaucoup d'influence, et elle est très respectée par les villageois. En plus des accouchements habituels, elle fait traditionnellement les incisions et les excisions tribales. Elle administre les premiers soins aux enfants mais elle ne donne pas systématiquement des conseils de nutrition.

La profession ne passe pas forcément de mère en fille, souvent les filles ne s'intéressent pas à ce travail. Avant d'être formée, elle coupait le cordon ombilical avec un couteau traditionnel en métal, qu'elle utilisait aussi pour les incisions, mais elle dit qu'elle se sert maintenant de ciseaux. La TBA ne nouait pas le cordon, elle mettait des morceaux de potterrie chauffés sur l'extrémité du cordon. Elle ne lavait pas le bébé. Après une fausse-couche, les femmes ne doivent pas se laver pendant une semaine. Les maris ne laissent pas leur femme aller à l'hôpital en cas de difficultés.

Quand on lui demande si elle avait remarqué des changements depuis sa formation, elle répond que son travail est meilleur et plus propre qu'avant. Maintenant, elle lave le bébé avec de l'eau chaude, elle noue le cordon ombilical et le panse, et elle met des gouttes dans les yeux du nouveau-né. Elle connaît maintenant les causes de mortalité infantile comme le tétanos. Avant d'être formée, elle ne faisait pas d'évacuations; maintenant, elle comprend qu'une femme doit

7/ Les TBA subissent un examen qui précise leur état de santé.

être évacuée et les hommes l'acceptent. Par conséquent, dit-elle, il n'y a pas eu de décès maternel depuis 1969. Elle a appris aussi la façon de faire un accouchement avec la patiente allongée sur le dos. Cependant, elle n'est pas convaincue que l'accouchement sur le dos soit meilleur que l'accouchement en position accroupie. Se souciant des hémorragies pendant la grossesse, elle a demandé ce qui pouvait les arrêter. A cause du manque de supervision régulière, la TBA renouvelle difficilement son stock médical.

Un registre de naissance est tenu par une animatrice qui habite dans le même village. Il a montré que le nombre de naissances était en moyenne de deux à trois par mois, avec un total de 168 accouchements depuis 1969. Cinq villages différents sont enregistrés. La TBA est appelée par d'autres villages lorsqu'il y a des difficultés. Dans son propre village elle est présente avant la naissance proprement dite.

La TBA se place d'elle-même, mais elle n'est pas payée en argent pour les accouchements. Cependant, elle est payée entre 250 et 300 CFA pour faire les excisions. Elle se sert d'une partie de cet argent pour acheter les produits nécessaires tels que l'alcool, le coton, le mercurochrome, et la poudre antibiotique.

D'après les premières impressions, on pourrait en conclure que sur la période de sept ans, la formation des TBA a eu un impact significatif sur la communauté et a amélioré les soins obstétriques. Malheureusement, il semble que le personnel de formation préférerait imposer des techniques modernes à la TBA sans tenir compte d'autres possibilités. Par exemple, le couteau traditionnel peut être facilement stérilisé et il n'y a pas de mal à maintenir la position traditionnelle d'accouchement. L'achat de produits médicaux comme la poudre antibiotique est une charge pour la TBA. Un système de supervision qui assure un approvisionnement médical à bon marché est nécessaire.

6.4 4 Les Maternités de Village

A l'origine, les maternités de village étaient construites par les villageois eux-mêmes pour fournir un lieu de repos après la naissance en cas de complications, et pour diminuer le risque de tétanos, qui est cause majeure de la mortalité infantile dans les villages, (1). Pourtant, l'expérience a montré que la population et les TBA n'aiment pas les maternités pour les raisons suivantes:

- la maternité est trop éloignée des concessions;
- la TBA n'est pas payée pour rester à la maternité;
- les bâtiments en terre s'écroulent et ont besoin d'être réparés;
- la maternité est souvent moins hygiénique que les concessions;
- le problème de l'accès à l'eau dans les maternités;
- les femmes ont peur de rester seules à la maternité.

La maternité du village de Yalka, près de Kongoussi, a été reconvertie en une salle de classe pour les cours d'alphabétisation.

6.5 Expansion du Projet de Formation de la TBA de l'UNESCO

Le Ministère de l'Education demande des fonds de l'UNDP pour étendre le projet de formation des TBA de l'UNESCO à trois autres régions: le Sahel, Bobodioulasso, et Dédougou, projet intitulé: "Formation des Accoucheuses Traditionnelles et des Autres Agents de la Promotion Sociale et de la Santé de la Famille pour le Développement de la Communauté". S'il est soutenu, le projet commencera en Janvier 1977 et durera cinq ans. Ils espèrent former 150 TBA par an. Les objectifs immédiats du projet sont:

- de donner aux TBA les notions d'hygiène leur permettant de donner avant, pendant, et après la grossesse, tous les conseils nécessaires, et les équiper de stocks médicaux nécessaires aux accouchements et aux pharmacies de village;
- de donner des notions sur l'éducation sanitaire, la santé de la famille, la nutrition et la puériculture afin qu'elles puissent conseiller la communauté du village;
- de donner des éléments de technique d'animation afin qu'elles puissent diriger la population dans le développement de la communauté;
- de donner une formation aux animatrices, monitrices et autres agents socio-économiques qui renforcent l'action des TBA;
- de développer un système d'évaluation pour mesurer l'impact du projet;
- de développer le matériel audio-visuel adapté à la formation des TBA et à l'éducation sanitaire du village.

6.6 Le Centre Médical de Kongoussi

Le centre médical de Kongoussi commença son propre projet de formation de TBA en Septembre 1976, séparément du projet de l'UNESCO. Ils recrutèrent 10 TBA de 16 villages localisés à plus de 20 km de l'hôpital. Le programme de formation sur deux semaines établi par le docteur principal à Kaya comprend les objectifs suivants:

- former les TBA à faire des accouchements hygiéniques normaux, et évacuer si nécessaire;
- prévenir les maladies infantiles comme la malnutrition;
- distribuer de l'aspirine, de la nivaquine, des vitamines, du collyre (gouttes pour les yeux) et du désinfectant pour donner les premiers soins gratuitement aux mères et aux nouveaux-nés.

La supervision sera assurée par une équipe sanitaire qui visitera les villages tous les 15 jours. L'équipe mettra à exécution un programme d'éducation de santé et d'hygiène et en même temps contrôlera les TBA et renouvellera leur stock. L'équipe sera formée d'une infirmière, trois fournisseurs de médicaments, et cinq matrones rurales; elle se servira de deux Land Rovers pour accomplir ses tâches. Cette équipe ne supervisera pas le projet des TBA de l'UNESCO dans la région de Kongoussi. A l'avenir, les maternités seront construites dans chaque village et seront formées de deux huttes et d'un abri.

6.7 L'Hôpital Régional de Fada-N'Gourma

A l'hôpital régional de Fada-N'Gourma, les "Frères des hommes", une organisation privée volontaire française a formé trente matrones et huit TBA. Les matrones sont jeunes (entre 18 et 25 ans), ont des enfants, parlent français et sont choisies par le village. Elles sont formées de trois à six mois à la maternité pour remplir les tâches de PMI et faire les accouchements. Les matrones travaillent dans les maternités rurales, qui sont en ciment et qui ont une pièce pour les accouchements et un magasin de stock.

Les TBA sont formées à la maternité pendant 10 à 15 jours. La formation insiste sur les principes d'hygiène, les accouchements normaux, et la découverte de cas anormaux pour évacuation. L'idéal serait que les matrones et les TBA travaillent ensemble dans la communauté rurale avec la matrone qui superviserait la TBA. La TBA, qui est volontaire, travaille au niveau du village tandis que la matrone s'occupe de la maternité et du PMI. Quand il n'y a pas de maternité, la TBA est chargée de faire des démonstrations de nourriture pour bébés et de distribuer la nivaquine. Le paiement à la matrone est de 300 CFA par accouchement dont 250 CFA sont destinés à l'achat de stock pour la maternité. La moyenne est de 12 naissances par mois, ce qui représente un salaire mensuel de 3000 CFA. Le Dr. Marie-Françoise citait les obstacles suivants à l'intégration de la TBA dans le système sanitaire moderne:

- attitude négative du personnel de santé vis-à-vis des vieilles TBA ignorantes;
- les méthodes pédagogiques faisaient défaut pour la formation des TBA;
- il n'y avait pas d'étude sociologique pour déterminer une approche à la formation;
- la TBA n'accepte pas toujours la matrone et n'est pas intégrée dans la maternité rurale.

6.8 Le Centre Médical de Yako

Le Dr. Gourrier commença la formation des TBA en 1974. Plus de 50 ont été formées. Après six mois à la maternité, la TBA revient dans son village pour faire les accouchements normaux et donner de l'éducation de la nutrition. Il n'y a pas de supervision régulière dans ce cadre, à cause du manque de personnel et de ressources. Après la formation, un trousseau de base d'obstétrique est fourni. Le renouvellement du stock médical est gratuit à l'hôpital de Yako sur présentation d'un enregistrement de naissance. Des certificats de naissance sont alors donnés à la TBA pour la distribution à la population. (Communication personnelle: infirmière d'état du centre médical de Yako).

6.9 Résumé

En Haute Volta, la formation des TBA est faite sur un plan régional, dépendant surtout de la motivation de chaque docteur et de la demande. Et pourtant, il n'y a pas de programme officiel du gouvernement, de formation de TBA. Les conclusions montrent qu'il existe un courant général d'expansion des programmes de formation pour les

TBA sur une base sectorielle. Il est reconnu dans certaines régions que les TBA ont un rôle important à jouer sur le plan de la sauve-garde de la santé des femmes et des enfants au niveau du village.

Un important programme de formation des TBA est compris en tant que composant dans le projet expérimental de l'UNESCO. (Egalité d'Accès des Femmes et des Jeunes Filles à l'Education). Depuis 1969, 96 TBA ont été formées et 23 recyclées. La formation a lieu dans trois régions de diversité économique: Kongoussi, Banfora, et Pô. Les TBA sont formées pendant quatre semaines pour être ouvrières du développement de la communauté aussi bien que pour faire les accouchements. Des maternités de village ont été construites mais ont eu peu de succès car elles ne sont pas bien entretenues et les femmes ont peur de rester seules la nuit à la maternité. Deux problèmes majeurs sont là qui limitent le succès du programme: le manque de supervision régulière, et l'absence d'un système à bon marché de renouvellement du stock médical.

A part ces problèmes, le programme a été relativement bien réussi, et le Ministère de l'Education demande des fonds pour étendre le programme de l'UNESCO de la formation des TBA en 1977 pour y faire entrer les régions du Sahel, Bobodioulasso, et Dégoudou; ils espèrent y former 150 TBA par an. Il est prévu que la TBA sera responsable d'une simple pharmacie de village. Des efforts sont fournis pour développer un système d'évaluation qui mesurera l'impact du projet.

D'autres efforts de formation se sont vérifiés sur une plus petite échelle en Haute Volta au centre médical de Kongoussi, l'hôpital régional de Fada N'Gourma et le centre médical de Yako. Les périodes de stage varient de 10 jours à six mois et insistent sur la formation pratique. Les activités générales consistent aux accouchements normaux, aux soins postnatals, à la simple nutrition, et à une éducation d'hygiène. Au centre médical de Kongoussi, ils forment les TBA à distribuer les médicaments et à administrer les premiers soins. La supervision est assurée tous les 15 jours par une équipe mobile. Toutes les TBA reviennent dans leur village maternel et sont employées à leur compte. L'enquêteur n'a vu aucun cas où les TBA sont intégrées aux services sanitaires modernes.

Les matrones rurales ou les accoucheuses auxiliaires rurales sont formées à travailler dans les maternités rurales et autres facilités sanitaires. Depuis Octobre 1976, 240 ont été formées. Les matrones sont considérées comme partie du programme officiel de santé. Certaines sont payées par le Ministère de la Santé et sont donc responsables auprès du gouvernement de l'exécution de certaines obligations. De l'autre côté, les TBA sont ~~composants~~ officieux et ne sont donc pas responsables directement auprès du Ministère de la Santé. Les matrones sont jeunes et lettrées et donc capables de mener à bien une plus grande variété d'activités qui exigent l'alphabétisation. Cependant, à cause de leur jeunesse, elles sont mal acceptées par les villageoises. Par contre, les TBA plus âgées et illettrées ont l'avantage d'être mieux acceptées par les villageoises en

raison de leur âge et leur expérience.

Les difficultés communes rencontrées dans les programmes de formation des TBA en Haute Volta sont les suivantes:

- à cause de l'organisation verticale plutôt qu'horizontale du gouvernement, la coopération entre les différents bureaux n'est pas assurée. Par exemple, à Kongoussi, le personnel sanitaire ne supervisera pas les TBA du projet de l'UNESCO du Ministère de l'Education;
- l'accès aux villages est difficile à cause des routes et des distances;
- la supervision est insuffisante à cause du manque de personnel et de ressources matérielles comme le transport et le gaz;
- une fois fourni, il est difficile de renouveler systématiquement les trousseaux d'obstétrique;
- en général, les villageois n'acceptent pas d'accoucher dans les maternités rurales;
- les études préliminaires sociologiques en profondeur n'ont pas été dirigées pour déterminer les changements nécessaires de pratique et d'attitude pour les TBA;
- aucune étude n'a été menée sur l'évaluation ou le rapport coût/efficacité.

7. Le Cameroun

7.1 Courbe Démographique

La République Unie du Cameroun est un pays de diversité géographique et culturelle. Il est estimé que plus de 200 groupes ethniques existent au Cameroun avec 24 langues principales et de nombreux dialectes. Sur une population de 6,5 millions d'habitants en 1974, les principaux groupes ethniques comprennent les Fulanis au nombre de 400 000 au Nord, les Bambilékés au nombre de 701 000 sur les hauts plateaux de l'Ouest, et les Pahouins au nombre de 705 000 dans les forêts du Sud. En 1973, environ 75% de la population était rurale, installée surtout dans de petits villages et les colonies agricoles non-limitées, ou alors nomade. La densité varie de 3 habitants au km² dans la Province de l'Est, à 70 habitants au km² dans la Province de l'Ouest. Avec un taux d'accroissement annuel de 2,1%, la population sera de 7 200 000 habitants en 1980 (3). Historiquement, le Cameroun est le seul pays d'Afrique où les Français et les Anglais aient reçu le statut officiel, avec le Français comme langue dominante.

7.2 Ressources sanitaires

Le Dr. Abané, Directeur de la Médecine Rurale et des zones DASP, rapporte que les services sanitaires pour les populations rurales sont caractérisés par leur inaccessibilité à un grand pourcentage de la population, ceci étant dû aux mauvaises routes et à l'attitude indifférente du personnel sanitaire. Les soins ne sont donnés aux patients que s'ils sont hospitalisés, ce qui montre que la priorité est laissée à la médecine curative plutôt que préventive. La répartition des centres de santé et du personnel sanitaire favorise les régions à densité

importante. Le Dr. Abané note que 64% du personnel médical qualifié est concentré dans les services hospitalisés. La situation est encore aggravée par les centres de santé mal équipés et l'incompétence du personnel (1). Par conséquent, en 1967, dans un effort d'amélioration de la répartition sanitaire auprès de la population rurale, le Gouvernement créa des "Zones de Démonstration d'Action de Santé Publique" (DASP) dans six régions géographiques différents du pays. L'objectif à long terme du projet de la DASP est d'améliorer progressivement le recouvrement de la population au moyen de la médecine de communauté pour obtenir l'enrayement des maladies endémiques. Les objectifs à court terme sont: premièrement, d'adapter et d'intégrer les méthodes et les techniques de médecine de communauté dans une plus petite zone pour ensuite les appliquer à de plus grandes régions; et deuxièmement, former le personnel destiné à employer les méthodes adaptées (2).

La population rurale confrontée par des systèmes inefficaces de distribution sanitaire persiste à dépendre largement de guérisseurs et d'accoucheuses traditionnelles. Le gouvernement essaie de mieux comprendre les praticiens traditionnels. Dans le quatrième plan de développement sur cinq ans (1976 - 1981), il est établi que "des efforts seront faits pour faire la liste des guérisseurs et de les identifier dans une optique d'intégration de la médecine traditionnelle à un système de traitement rationnel pour les malades (7) 1/ La Commission Nationale pour l'Etude de la Médecine Traditionnelle fut créée en 1976 pour définir plus clairement la médecine traditionnelle et ses praticiens. Comme le Dr. Lantum l'expliquait, on espère que l'attitude générale envers les praticiens traditionnels changera et qu'ils seront éventuellement mieux intégrés au système moderne de santé. Une suite logique serait qu'après être parvenu à une plus grande compréhension et acceptation de leurs pratiques, les programmes de formation pour les guérisseurs indigènes soient développés. Les guérisseurs eux-mêmes ont mis sur pied des organisations pour représenter leur profession. Les accoucheuses traditionnelles n'en ont pas fait autant.

Le gouvernement camerounais n'a pas, à présent, de politique officielle d'intégration des TBA dans le système moderne de santé. Pendant les entretiens avec les officiels et le personnel de la santé, deux opinions opposées bien distinctes ont apparu sur la formation des TBA.

7.3 Aspects Négatifs de la Formation des TBA

D'après certains officiels de la santé au Ministère de la Santé, le gouvernement ne veut pas encourager les méthodes des TBA, il souhaite plutôt former un personnel auxiliaire de santé mieux qualifié qui remplacera éventuellement les TBA dans les régions rurales. Pour lui, le mieux serait qu'à chaque centre de santé élémentaire qui est l'unité de base de santé, l'équipe de santé comprenne une infirmière/accoucheuse, (infirmière auxiliaire d'un an de formation), une infirmière/aide ou laborantine au choix, et une infirmière aide-accoucheuse.

1/Il n'est pas mentionné si le terme de guérisseur comprend aussi les accoucheuses traditionnelles ou pas.

Les statistiques suivantes reflètent l'idée de former d'avantage d'auxiliaires de santé.

Conception de la Formation du Personnel Sanitaire, Cameroun, 1976/81

Personnel	Visée 1981	Effectifs actuels	A former
Infirmières d'état diplômées et infirmières/accoucheuses/ 5 ans d'études	441	161	250
Infirmières d'état inscrites (3 ans d'études)	2044	1414	600
Infirmières et accoucheuses (1 an d'études)	2394	1294	1100
Aides - infirmières	2493	1293	1200

Source: 4ème plan de Développement Economique, Social et Culturel sur cinq ans, 1976 - 1981.

Il est ressenti comme capital de former des travailleurs de santé lettrés plutôt que des TBA illettrées. Les aides-infirmières doivent avoir un CEP (Certificat d'Etudes Primaires). Les aides-infirmières sont jeunes (entre 17 et 30 ans), et 80% sont affectées dans les centres de santé ruraux. D'après ce qui a été rapporté, elles sont acceptées par la population locale et la population fait de moins en moins appel aux praticiens traditionnels 2/

D'après Mme. Moumon, Directrice de l'Ecole Nationale d'Infirmières, d'Obstétrique et de Technique Sanitaire, certains facteurs négatifs concernant la formation des TBA viennent s'ajouter:

- il n'y a pas de statistiques pour montrer comment leurs techniques de travail concernent directement le taux de tétanos et de mortalité;
- les TBA font des erreurs pendant leurs exercices ce qui cause des complications et des décès;
- on connaît très peu sur leur méthode;
- si l'on commence à former des TBA, d'autres voudront être formées et s'attendent à un remboursement financier du gouvernement, ce qui est impossible.

7.3 1 L'expérience de Dschang

La seule expérience qu'eut le gouvernement avec la formation de TBA se vérifia dans les premières années 1970 dans le département Bamiléké de Ménova, à Dschang. Le Dr. F. Klefstad, Sillonville, Docteur

2/ ceci ne peut être vérifié par l'enquêteur.

en chef de l'Hôpital de Dschang, forma des accoucheuses de village. Depuis 1970, un total de 168 TBA avaient suivi le stage de quatre semaines (4). Pourtant, comme l'a expliqué le Dr. Abané, le programme de Dschang, en fin de compte, ne fut pas une réussite car:

- lorsque le docteur expatrié quitta Dschang, son successeur ne regarda pas la formation de TBA comme prioritaire et ne poursuivit pas le programme;
- le principe de l'exercice volontaire n'était pas accepté: les TBA s'attendaient à être payées de leurs services par le Ministère de la Santé.

A cause de cette expérience, le gouvernement craint qu'une fois les TBA formées, elles exigent un salaire de fonctionnaire qu'il est impossible de donner.

7.3 2 L'expérience de Bamenda

Lors de ma visite à Bamenda, dans la province du Nord-Ouest, l'ancien Cameroun de l'Ouest, je me suis heurtée à l'ignorance de la part des officiels de santé sur les activités des TBA, et aux attitudes nettement négatives vis-à-vis de leur intégration dans le système de santé. Ceci est peut-être dû en partie au fossé d'éducation qui sépare les officiels de santé et les villageois et aussi au développement avancé des facilités sanitaires.

J'ai visité deux centres de santé ruraux, et les deux se sont déclarés contre la formation de TBA. Dans la plupart des cas, les officiels de santé dirent que les TBA professionnelles n'existent pas et que s'il fallait accoucher à domicile, un membre de la famille ou quiconque était présent aidait à accoucher. Dans un centre de santé, le personnel essaie de travailler avec les guérisseurs mais est absolument opposé à la formation de TBA. Les raisons données sont les suivantes: les TBA ont un degré et une qualité de travail assez bas, elles ne savent quoi faire en cas de complications; on préfère former un personnel de santé professionnel et construire des centres sanitaires. En fait, tout est fait pour freiner les accouchements à domicile. La population a peur des accouchements à domicile car en cas de décès, cela pourrait mener à de graves problèmes avec la famille et la police.

Assez curieusement, j'ai interviewé une TBA qui avait travaillé dans un village à environ 30 km de Bamenda. Le village est situé dans la région montagneuse qui environne Bamenda, sans maternité assez proche. En 1965, cette TBA avait été formée par le docteur J.A.Kusin, un volontaire hollandais. L'accoucheuses traditionnelle déclara qu'il y a 5 autres TBA qui continuent à travailler dans son village maternel.

7.4 Aspects positifs de la formation des TBA

Ainsi que le Dr. Abané me l'a expliqué, le Directeur de la Médecine Rurale et des zones DASP, le 4ème plan de développement incite largement à la considération de contributions possibles par les praticiens traditionnels, y compris les TBA, au système de distribution de santé au Cameroun. Ceci est en accord avec la politique générale de la santé établie par le Ministère de la Santé, Fokam Kanga 1976,

qui inclut un recouvrement total de tout le pays et une participation active de la population au développement sanitaire. De plus, en installant des centres, comme mentionné dans le 4ème plan, il y a espoir d'une possibilité d'une formation des TBA. Les buts d'un tel programme seraient d'améliorer l'hygiène pendant les accouchements; former les TBA à reconnaître les limites de leurs connaissances et de leurs capacités et donc se limiter aux cas faciles et donner des conseils sur la nutrition et l'hygiène. Les TBA existent, sont expérimentées, et acceptées par les villageoises. De nombreuses femmes continuent à accoucher chez elles pour diverses raisons d'ordre psychologique et social.

7.4 1 Les taux de mortalité

Des enquêtes sur la mortalité infantile au Cameroun estiment 100 décès pour mille naissances pour la population urbaine, et 200 décès pour mille naissances pour la population rurale. A partir d'une étude sur 567 femmes à Dschang (1970), la mortalité infantile était estimée à 130 décès pour mille naissances dans les maternités et à 400 pour mille pour les accouchements à domicile (4).

En raison de la rareté d'une expertise obstétrique et pédiatrique pour guider l'enquête, les études concernent à peine le Cameroun. Cependant, l'impression générale est que la mortalité périnatale contribue en grande partie à la mortalité infantile mentionnée ci-dessus. Dans le Rapport Obstétrique de 1975, le docteur Nasah note que dans deux maternités de Yaoundé, les taux de mortalité prénatale était de 31,2 pour mille naissances, et de 43 pour mille naissances. A partir de ces statistiques nous pourrions nous attendre à des taux encore plus élevés dans les régions rurales.

Les raisons des taux de mortalité maternelle n'ont pas été systématiquement analysés, mais, comme il a été montré par Lantum (1973), la mortalité maternelle qui résulte d'avortements spontanés et provoqués est un problème. Les décès maternels sont déclarés résulter d'avortements volontaires, d'empoisonnements par concoctions et insertions administrés par des praticiens traditionnels indigènes(5). Des statistiques venant de deux maternités de Yaoundé en 1975 mettaient en relief le fait que les décès maternels évitables comptaient pour 90% du total des décès, et que 16% de ces décès avait été traité par des accoucheuses traditionnelles avant admission à la maternité. Deux exemples cités de décès maternels dans les maternités, résultant de l'exercice des TBA sont les suivants:

- Âge inconnu. Femme admise le 6ème jour après le départ du village, avec le placenta toujours en position. Grossesse et naissance suivies au village. Accoucheuses traditionnelles. Commentaire: "que savons-nous sur les accoucheuses traditionnelles au Cameroun?"

- Âge 24 ans. Accouchement par TBA. Admise le 4ème jour après le départ. Traitée "à l'indigène". Commentaire: "dans quelle mesure notre programme d'éducation sanitaire est-il efficace?"

A cause des problèmes associés aux pratiques des TBA dans les villages, Dr. Nasah pense qu'il y a une nécessité d'action positive de la part

du Ministère, d'abord pour contrôler la pratique des guérisseurs et pour assurer la sécurité des patients. Une façon d'enrayer les pratiques nuisibles est de les remplacer par des pratiques efficaces.

Il est difficile d'obtenir des statistiques exactes concernant les taux de mortalité dans les régions urbaines et rurales. Dans les régions rurales, les décès, souvent, ne sont pas signalés, et les corps sont discrètement enterrés. Cependant, les statistiques suivantes relevées dans les maternités donnent une indication des régions à problèmes:

Département	Normaux	Dystoria	Vivants	Morts-Nés	Mortalité infantile lère sem.	Décès mater.	fausses-couches
Centre-Sud	28 849	663	28 678	834	317	76	1 835
Littoral	6 499	169	6 562	213	14	11	862
Nord	10 504	418	10 462	554	188	56	759
Ouest	28 147	768	28 373	738	182	26	1 318
Nord-Ouest	14 953	863	15 550	266	134	13	675
Est	2 378	83	2 314	151	30	15	162
Sud-Ouest	4 339	178	4 568	50	50	5	20
TOTAL	95 660	3 142	96 504	2 806	975	202	5 631

Source: Dr. Nzhe, Département de Recherche et de Statistiques, Ministère de la Santé.

7.4 2 Utilité des maternités

Tout est fait pour pousser les camerounaises à accoucher dans les maternités disponibles, mais certaines restent réticentes, surtout dans les régions rurales. Le Dr. Abané déclare que certaines femmes préfèrent accoucher chez elles plutôt qu'à la maternité à cause:

- du nombre limité de lits;
- de l'accueil impersonnel du personnel sanitaire;
- des ressources limitées en tant que médicaments et personnel.

Souvent les femmes refusent de laisser leur maison et leurs enfants. Les femmes rurales sont encore découragées d'avoir recours aux maternités à cause de la nouveauté de l'environnement; les pratiques indigènes, qui pourraient psychologiquement profiter à la femme, lui sont

interdites; la distance jusqu'à la maternité; et une fois à la maternité, la nourriture doit être donnée par des membres de la famille qui accompagnent la mère. D'habitude, une femme se rend à la maternité à pied, et si elle a de la chance en voiture, lorsque les douleurs du travail commencent. Des accouchements imprévisibles au bord de la route ne sont pas inhabituels.

Dans une enquête menée par l'UNICEF sur deux maternités rurales à Matomb et Ngog Mapubi, on a trouvé que sur une population de 70 000 habitants, une moyenne seulement de 40 accouchements se passaient tous les mois dans chacune des deux maternités. Ceci reflète à l'opinion de l'UNICEF, le sous-emploi des maternités disponibles dans les régions rurales et la tenacité de la population rurale à s'accrocher aux traditions entourant la naissance, y compris les accouchements à domicile. Plusieurs ne viennent à la maternité qu'en cas de complications.

En de telles circonstances, l'UNICEF pense qu'une étape logique serait de former les TRA, comme pis-aller avant que la population accepte pleinement les facilités modernes de santé et le personnel. Cependant, il est très difficile de faire démarrer des programmes de formation de TRA au hameau et dans d'autres états de l'Afrique Centrale. Les raisons n'en sont pas pleinement cernées. Malgré tout, l'UNICEF affirme qu'elle voudrait encore encourager dans l'avenir la formation des TRA dans la limite des zones DASP. (Communication personnelle: M. Franklin Rakotoa rivotu, UNICEF).

7.5 Caractéristiques des TRA

Des conversations personnelles avec les TRA et des rapports disponibles ont permis de cerner les vraies pratiques des TRA. Etant donné la diversité culturelle du Cameroun, les techniques et les croyances concernant la naissance varient d'après les groupes ainsi qu'après les individus.

7.5.1 Dschang

Le Dr. Klefstad-Sillonville (1970) rapporta dans son article sur les TRA Bamiléké qu'un grand nombre de naissances avaient lieu dans les villages avec l'aide des co-épouses, d'une voisine expérimentée, ou peut-être d'un guérisseur-accoucheur. Les infractions des lois sociales et les offenses aux ancêtres peuvent laisser libre cours aux vengeances ce qui empêcherait la femme de mettre un enfant au monde. Si la femme n'a pas été fidèle à son mari, elle doit désigner tous les hommes avec qui elle a eu des rapports sexuels, afin d'assurer un accouchement facile. Si la naissance n'est pas rapide, le blâme peut être porté sur une co-épouse stérile et jalouse, un fétiche animé par une voisine qui veut une partie de ses terres, ou le sorcier-même pourrait être un vampire qui a dévoré le bébé dans le ventre de sa mère. Incapable de trouver la raison, et désespéré, on fait venir le guérisseur-accoucheur. Les naissances ont lieu aux domiciles des femmes. Le placenta doit être enterré non loin, liant de cette façon l'enfant et l'adulte à son territoire ancestral. Ceci explique pourquoi une grande majorité des femmes continuent à accou-

cher chez elles.

5.7 2 Bamenda

Madame Freida Menbo travaillait dans son village maternel, Baba Tou, comme TBA avant de venir à Bamenda, une grande ville dans l'ancien Cameroun de l'Ouest. Elle apprit son métier par expérience, comme 5 autres TBA de son village. La tante de sa grand'mère était TBA. Les villageoises la consultaient aux périodes prénatale, d'accouchement, et postnatale. L'huile de palme était utilisé lors des examens. Les massages abdominaux étaient pratiqués, ainsi que les bains chauds pour la mère et l'enfant. Elle enterrait le placenta à 50m de la maison. S'il était jeté au dehors, l'enfant ne serait pas en bonne santé. Le paiement traditionnel se faisait sous forme d'huile de palme, de plantain cuit avec de la viande, ou de savon. En 1965, elle fit huit miles jusqu'à un centre de santé une fois par semaine pendant six mois pour suivre un cours destiné aux accoucheuses du pays, et donné par le Dr. J.A. Kusin, le volontaire hollandais mentionné ci-dessus. Depuis, elle a une carte d'identité avec sa photo certifiant qu'elle a suivi le cours d'accoucheuses dans la région, et elle en est très fière. Elle n'exerce plus à Bamenda.

7.5 3 Ekoko II et D'Ekali I

J'ai visité deux villages de Muogamoug, situés à 30 km de Yaoundé. Les entretiens avec sept TBA ont révélé ce qui suit:

La profession de TBA se passe de génération en génération. Elles sont actives aux périodes prénatales, d'accouchement, et post-natales. Sans considérer le fait qu'une maternité est à 12 km, les TBA continuent d'exercer en cas d'urgence. Plus le village est loin de la maternité, plus les accouchements auxquels elles assistent sont nombreux. La construction d'une maternité de village avait commencé à d'Ekali, mais le gouvernement l'arrêta. Malgré le fait que la maternité moderne remplace leurs services, elles sont très intéressées par une formation qui améliorerait leurs techniques. Si elles étaient formées, elles n'accepteraient, ont-elles dit, aucun paiement sauf le cadeau traditionnel.

Certaines pratiques traditionnelles qu'elles utilisent sont citées ci-dessous:

- pendant le travail, la TBA dit à la mère de danser afin de "bien tout secouer";
- la mère est allongée sur le dos, les genoux levés;
- massage abdominal précédant la naissance;
- un morceau de tissu pour boucher l'anus afin que l'enfant trouve la bonne sortie;
- quand la tête du bébé est à l'extérieur, on lui bouche le nez et la bouche afin qu'il n'absorbe pas d'eau;
- trois doigts pénètrent dans le vagin pour l'examen;
- le cordon ombilical est coupé avec un des instruments suivants: une lame de rasoir, un bambou, ou des ciseaux frottés à l'alcool; (une femme a dit qu'elle craignait de couper avec des ciseaux, car elle associe le tétanos au métal et elle coupe toujours avec un bambou);

- rétention du placenta: a) elle soulève la mère par les aisselles et lui donne un coup sur la tête; b) elle force la mère à souffler dans une bouteille vide comme dans un ballon; c) massages abdominaux; d) préparation d'une boisson médicinale indigène;
- les TBA sont de parfaites herboristes et préparent de différentes concoctions pendant toutes les étapes de l'accouchement, à boire ou à appliquer sur la peau;
- quand il y a une sérieuse complication, elles font venir le guérisseur et/ou se rendent à la maternité.

7.5 4 Les Evuzoks

Louis Mallart (5) dans son étude sur les Evuzoks, un groupe comptant 5000 membres dans le Sud du Cameroun, décrit en détail la naissance et le rôle de la TBA. Ce qui suit est un bref résumé des pratiques:

Les accoucheuses traditionnelles Ezuvozs sont d'habitude plus âgées. Elles deviennent TBA par héritage. La fille qui accompagne sa mère apprendra peu à peu les secrets du métier, et deviendra en son temps une TBA. Les guérisseurs qui ont reçu le pouvoir de faire des accouchements sont appelés en cas de difficultés pour entrer en rapport avec certains esprits malfaisants. En 1970, la plupart des femmes accouchaient au village suivant les pratiques traditionnelles d'obstétrique:

- la TBA participe aux périodes prénatales, postnatales, et d'accouchement;
- accouchement dans la cuisine, ou dehors derrière la maison;
- la TBA prépare des concoctions et masse l'estomac pour hâter la naissance; elle peut aussi demander à la mère de marcher en tournant pour activer les douleurs du travail;
- la mère elle-même coupe le cordon avec une lame de rasoir ou un couteau;
- un mélange de bananes cuites et d'eau est placé sur le cordon ombilical;
- le placenta doit être soigneusement enterré dans un endroit secret, souvent près d'un bananier; c'est une croyance que la perte du placenta causera la stérilité;
- après la naissance, la mère doit prendre régulièrement des bains chauds et avoir des massages énergétiques de l'utérus;
- la TBA peut faire éternuer le nouveau-né en mettant du poivre dans ses narines; ceci est fait pour dégager les poumons;
- la TBA met de différents produits dans les yeux du nouveau-né tels que le jus de citron ou le lait de la mère;
- des concoctions spéciales sont préparées par la TBA pour le bain quotidien du nouveau-né avant la présentation rituelle.

7.6 Résumé

Le gouvernement du Cameroun n'a pas de politique officielle pour former les TBA, mais pourtant des progrès limités ont été faits pour changer cette attitude. Plusieurs officiels de la santé interviewés ressentent qu'il était nécessaire de former des TBA, surtout dans les régions isolées. Depuis la reconnaissance des guérisseurs avec une vue d'intégrer la médecine traditionnelle à un système de traite-

ment rationel des malades (7), l'étape logique serait d'inclure les accoucheuses traditionnelles dans cet effort. Les pratiques traditionnelles d'obstétrique constituent une partie importante de la médecine traditionnelle puisque les TBA sont souvent des herboristes accomplies et versées dans les rites secrets qui entourent la naissance. Comme on peut le voir d'après les descriptions des pratiques des TBA, certaines sont valables, d'autres sont néfastes. Ceci indique le besoin de former non seulement des TBA, mais aussi des guérisseurs qui participent souvent aux accouchements.

Il semble que les TBA du Cameroun n'aient pas pris l'initiative de former leur propre association comme l'ont fait les guérisseurs, ni que l'attention ait été attirée sur leur rôle et leurs contributions à la société camerounaise. En fait, ceci est peut-être dû à la situation secondaire des femmes rurales, résultat de leur rôle et de leur statut social inférieur.

Les obstacles qui gênent la formation des TBA sont: a) l'attitude du gouvernement et du personnel de santé; b) le manque d'entendement de la part des TBA; c) les limites financières; et d) l'absence d'approches pratiques pour former les TBA. A part ces obstacles, les TBA continuent d'exercer au Cameroun, et rendent un service indispensable aux villageoises. Elles comblent un vide qui ne peut pas être rempli par les sages-femmes professionnelles. Comme résultat de cette enquête limitée, on peut supposer que de nombreuses TBA soient clairement disposées à recevoir une formation supplémentaire pour améliorer leurs pratiques sans attendre à une rémunération.

8 CONCLUSION: tendances et contraintes communes

En conclusion, les cinq pays sont confrontés par les mêmes problèmes dans le secteur de santé rural: une insuffisance de personnel de santé qualifié et de facilités, une distribution irrégulière qui favorise les régions urbaines. Au Sénégal, au Mali, au Niger, et en Haute Volta, les programmes de formation se poursuivent. En Afrique Centrale, il n'y a actuellement aucun programme de formation en cours à cause d'une attitude négative dominante vis-à-vis de leur intégration au système moderne de santé. Les objectifs généraux de tous les programmes de formation sont l'amélioration de l'obstétrique rurale au niveau du village en formant un personnel de santé traditionnel disponible, et de ce fait, diminuer les taux de mortalité infantile et maternelle. La plupart des programmes de formation font partie d'efforts régionaux; le Niger seul a un programme de formation de TBA soutenu nationalement. Officiellement, dans la plupart des pays, les TBA ne sont pas reconnues comme personnel de santé officiel et elles n'ont pas de statut légal.

Malgré les différents problèmes cités ci-dessus, il y a une nette tendance d'extension des programmes de formation des TBA. Apparemment, les programmes qui cherchent à intégrer les TBA au système moderne de santé, ne seront efficaces que dans la mesure où les contraintes abordées dans les sous-paragraphes suivants sont aisées.

8.1 Attitude des gouvernements

La plupart des gouvernements sont lents à reconnaître le rôle que les accoucheuses traditionnelles jouent dans la distribution des soins de base. Ils hésitent à établir des politiques nationales et un statut légal contrôlant les pratiques de formation des TBA. Le Niger seul a une politique nationale pour divulguer la formation des TBA. Nonobstant cette tendance, les gouvernements commencent à reconnaître l'utilité des programmes de soins de base et le fait que les TBA ne peuvent pas être ignorées. Les gouvernements hésitent à lancer des programmes d'initiation à cause de l'absence de connaissances de base. Le manque de coordination, de planification, et de coopération entre les bureaux de gouvernement entrave l'efficacité de l'exécution des programmes. En Haute Volta, par exemple, le Ministère de la Santé refuse de superviser les TBA formées par l'UNESCO sous l'égide du Ministère de l'Education. De l'autre côté, le Niger a le programme de formation le plus réussi grâce à la coopération entre les équipes d'animation et de santé, au soutien du gouvernement et à l'incorporation des TBA dans le cadre plus large d'un programme de soins de base fondé sur les équipes de santé villageoises.

Dans de nombreux pays, la formation des TBA est rangée avec les activités de santé de la mère et de l'enfant, et ceci à bon escient. La place logique tenue par la TBA formée, dans le cadre administratif, se trouve à l'intérieur des services de santé maternelle et infantile ou au PMI.

Aucun des cinq pays visités n'a délivré de permis d'exercer. Cet élément de formation des TBA devrait être considéré par les gouvernements concernés et sérieusement étudié.

Le Ministère de la Santé ou le Bureau de Développement devrait se charger des frais de formation. Il n'est pas souhaitable que la TBA formée soit enregistrée sur les feuilles de paie gouvernementales. Pourtant, peut-être pour encourager ou motiver les TBA à grand rendement pourraient être récompensées par une éventuelle intégration au dispensaire/maternité locale. Une petite rémunération pouvait être accordée à ce moment-là par le gouvernement, comme fait le Niger.

On devrait insister d'avantage sur l'analyse du rapport coût/bénéfice qui dépend de l'évolution des indices de santé choisis et des études comparatives pour définir plus clairement les projets alternatifs de développement pour améliorer l'obstétrique rurale.

8.2 Attitude du personnel sanitaire professionnel

Il existe un énorme fossé éducatif et culturel entre le personnel sanitaire professionnel et les accoucheuses traditionnelles. L'attitude négative du personnel sanitaire est l'obstacle le plus important à l'intégration des TBA au système moderne de santé. Souvent éduqués en Europe, les professionnels connaissent mal les praticiens traditionnels et s'y intéressent peu. Ils préfèrent travailler en

ville plutôt qu'en région rurale. Les accoucheuses craignent que les TBA soient mises au même niveau et réduisent leur importance et leur clientèle. Les professionnels ont d'habitude un préjugé contre les TBA car ils ne comprennent pas leurs croyances et leurs pratiques. Ils les considèrent comme ignorantes et sales, trop âgées pour assimiler des connaissances, et trop attachées aux traditions pour changer leurs méthodes. Dans certaines régions, il y a des amendes pour freiner les accouchements à domicile. Cette attitude étant la plus évidente au Cameroun où la tendance est de former plus de personnel auxiliaire et d'ignorer les accoucheuses traditionnelles. Ce fossé représente un obstacle à vaincre si la coopération doit être établie entre le système moderne de santé et le système traditionnel.

8.3 Les TBA elles-mêmes

Je me suis entretenue avec un total de 27 TBA. Leur attitude reflétait de façon unanime un intérêt à progresser dans leur métier et à coopérer avec les services gouvernementaux. Elles étaient pour une formation, avaient l'impression d'avoir beaucoup appris et s'enthousiasmaient pour un recyclage. Au Cameroun, les TBA qui n'avaient reçu aucune formation étaient désireuses d'améliorer leurs méthodes. Ces résultats peuvent être influencés par le fait que la plupart des TBA ressentent déjà le besoin d'être formées. Au contraire, si ce besoin n'était pas ressenti, il peut être une contrainte. Les TBA elles-mêmes peuvent refuser la formation par crainte des autorités, du maintien du secret qui entoure leurs pratiques, ou des contraintes socio-culturelles qui ne peuvent être vaincues. Au Niger, il a été rapporté que quelques villages refusaient de participer à la formation, d'habitude, pour des raisons socio-culturelles concernant le rôle de la femme. Quelques TBA refusèrent la formation à cause d'une question de rémunération. Une fois formées, elles pensent qu'elles devraient recevoir un salaire fixe du gouvernement.

8.4 Auxiliaires accoucheuses

Il y a une tendance à former des filles jeunes et lettrées venant des régions rurales à être des auxiliaires accoucheuses. Typiquement, elles travaillent dans les maternités rurales construites par les villageois. Ces filles doivent être choisies par la communauté rurale, mais il n'est pas nécessaire qu'elles aient de l'expérience en accouchements. Les programmes de ce genre ont été exécutés au Sénégal, au Mali, et, dans une certaine mesure, en Haute Volta. Les filles doivent être polyvalentes. En plus des accouchements, elles doivent remplir les tâches administratives et celles concernant la mère et l'enfant. L'idée derrière le courant est que former des TBA n'améliore pas significativement la santé des femmes rurales.

Un problème majeur à propos de la formation des auxiliaires accoucheuses pour les régions rurales est que les jeunes filles célibataires abandonnent souvent leur poste. Par conséquent, certains programmes ont décidé de ne former que des femmes mariées âgées dans les trente ans. Par exemple, à Sikasso, au Mali, le Dr. Diallo fait des efforts pour recruter ces groupes de femmes.

8.5 Conflits entre le secteur moderne de santé et traditionnel

L'introduction des jeunes filles, auxiliaires accoucheuses, à l'environnement rural peut créer des conflits entre les systèmes de santé moderne et traditionnel. La tradition, qui est familiarisée avec les coutumes de la naissance, doit prendre en main l'accouchement. L'ennemie no. 1 de l'auxiliaire accoucheuse est la TBA. A son tour, l'ennemi no. 1 de la TBA formée peut être la TBA non-formée. Afin d'éviter une rupture brutale avec la tradition, et les conflits qui en résulteraient, certaines régions ont choisi de former des TBA et des auxiliaires accoucheuses. Les rôles en sont complémentaires: la TBA travaille au niveau du village, et l'auxiliaire accoucheuse est chargée des activités à la maternité rurale ou au poste de santé. La coopération dépend dans une grande mesure de la personnalité des individus concernés. Au Sénégal, les communautés rurales du département de Fatick ont choisi de former six TBA et six auxiliaires accoucheuses. De plus, les TBA et les auxiliaires travaillent ensemble à la maternité rurale. Les TBA sont surtout responsables des accouchements, et les plus jeunes filles des activités MCH et des tâches administratives qui demandent qu'on sache lire et écrire.

On estime que 80 à 90% des accouchements des régions rurales se passent en dehors des visites médicales officielles. Les femmes rurales préfèrent accoucher à domicile à cause de la distance et du manque de transport, de facteurs économiques, et de l'attachement socio-culturel aux traditions du village. Les pratiques à la maternité peuvent aller à l'encontre des croyances traditionnelles et des tabous. Par exemple, un facteur décisif important pour une villageoise de choisir l'endroit où elle veut accoucher est influencé par la manipulation et par ce que l'on fera du placenta. Comme nous l'avons déjà vu, c'est une conviction que la façon dont le placenta est enterré détermine la destinée de l'enfant ou la fertilité de la mère. Le placenta est souvent considéré comme une personne qui peut tomber entre les mains de gens intentionnés. Il se peut qu'une accoucheuse professionnelle ignore ces croyances et ces pratiques. Les frais sociaux sont un autre facteur déterminant. Si une jeune femme refuse l'accoucheuse traditionnelle, qui peut tout aussi bien faire partie de sa famille, ceci peut mener à un conflit qui met trop de choses à prix pour en concevoir les avantages.

Foster est convaincu que les frais économiques et sociaux sont plus importants à déterminer l'emploi ou le non-emploi de la médecine scientifique que le conflit de croyances entre les médecines modernes et traditionnelles. L'évidence montre que là où la médecine scientifique est disponible pour une génération ou plus et a été de bonne qualité, les peuples traditionnels l'adoptent.

Personnellement, je pense que de former à la fois des TBA et des auxiliaires accoucheuses est une approche réaliste et pratique. Cela adoucit la rupture avec les traditions et par la même occasion encourage le processus progressif d'un changement social.

8.6 Intégration aux facilités modernes de santé

Les résultats de cet étude n'indiquent pas une forte tendance à intégrer les TBA formées aux facilités modernes de santé. Les raisons ont déjà été données. La majorité des TBA travaillent seules au niveau du village. Cependant, il vaut la peine de reprendre les cas particuliers qui peuvent donner au lecteur une idée des possibilités existantes.

Au Sénégal, les TBA sont intégrées aux maternités rurales. Une maternité rurale conçue de façon traditionnelle est tenue par 30 TBA qui travaillent en se relayant et demandent 350 CFA par accouchement. Elles sont directement contrôlées par une infirmière d'état. Dans une autre maternité rurale, deux TBA travaillent ensemble avec 3 jeunes accoucheuses auxiliaires. Elles n'ont pas de supervision directe. A un poste de santé, l'équipe est composée d'un agent sanitaire, d'une TBA, et d'une assistante. La TBA fait les accouchements, donne les consultations prénatales et postnatales, quelques fois avec une accoucheuse, et administre les premiers soins généraux à la communauté. Elle n'est pas rémunérée. Son seul paiement est les cadeaux traditionnels.

Au Mali, quatre TBA travaillent dans une maternité moderne depuis dix ans. Elles travaillent par roulement de 24 heures, reçoivent 500 MF par accouchement, et sont supervisées par une accoucheuse. Elles sont responsables des accouchements et de la supervision de la maternité lorsque la sage-femme est absente.

Au Niger, il y a 18 TBA intégrées aux centres de PMI/maternités. Certaines reçoivent un petit salaire, d'autres sont volontaires, et espèrent être éventuellement payées. Par exemple, dans une PMI/maternité, deux TBA travaillent; l'une reçoit 5000 CFA par mois, l'autre est volontaire.

Ces exemples montrent qu'une tentative est faite pour combler le vide entre le personnel sanitaire et les accoucheuses traditionnelles. Mon impression générale est que la TBA est grandement appréciée et respectée par le personnel médical dans la majorité des cas.

8.7 Emploi Indépendant

L'évidence montre que la majorité des TBA acceptent le principe de l'emploi indépendant. Le paiement typique se fait en nature ou par petites sommes d'argent à chaque accouchement. La règle générale a été de laisser les villageois décider du système de paiement. Souvent, les villageois adoptent le système de paiement traditionnel. Les gouvernements craignent qu'une fois formées, les TBA n'exigent un salaire de fonctionnaire, ce qui ne s'est pas vérifié dans la plupart des cas. Cependant, des positions rémunérées devraient être promues en tant que mesure stimulante.

8.8 Formation

Les programmes de formation étudiés avaient des problèmes et des éléments communs. La plupart des formations étaient faites sur une base régionale en tant que résultat de docteurs fortement motivés. Le

Niger était le seul pays qui fut soutenu par des directives nationales. Certains programmes étaient un composant du projet de développement de l'UNESCO en Haute Volta, l'"Opération Riz" au Mali, et d'autres. L'expansion des programmes est entravée par le manque de main d'œuvre, de finances, et de soutien gouvernementaux. Néanmoins, de nombreux programmes prévoient de former dans le futur d'avantage de TBA.

Il y a une tendance à sélectionner les plus jeunes TBA (30 ans) plutôt que des femmes plus âgées car elles sont plus faciles à former et peuvent travailler plus longtemps. D'après la population de chaque village, une à trois TBA sont choisies par les villageois pour être formées. Un programme au Mali choisit de former une TBA âgée et une autre plus jeune et sans expérience.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit deux types de formation: a) une formation officieuse qui implique une formation sur le tas dans l'environnement où exerce la TBA, et b) la formation officielle avec des cours structurés et des groupes de TBA (36). D'après cette définition, le modèle qui en est sorti comprend deux semaines d'enseignement officiel à la maternité la plus proche, en groupes de 10 à 15, suivies d'une formation officieuse par les surveillants, dans le village si possible. Les stagiaires étaient assurées de la nourriture et du logement pendant le stage, ou bien elles allaient dans la famille ou chez des amis. Certaines stagiaires disposaient des appointements de l'UNICEF.

Le personnel enseignant comprenait des sages-femmes, des infirmières, des agents de développement de la communauté, des assistantes sociales et des Volontaires du Corps de la Paix (PCV). Au Niger, une TBA était comprise dans le personnel enseignant. L'enseignement était surtout pratique et comprenait des cours dans la langue locale, des expériences et des stages cliniques et accouchements dans les salles d'accouchement. Les cours étaient faits d'après ce que l'infirmière ou l'accoucheuse avait appris à l'école. Les sujets habituels étaient la non-interférence pendant le travail et l'accouchement normal, la reconnaissance et le rapport d'anomalies, la puériculture de base et l'éducation de la nutrition élémentaire. Il y a une tendance à étendre leur rôle aux activités ICH comme les consultations prénatales. Cependant, il s'est révélé difficile d'inclure les soins préventifs parce que c'est contre le rôle traditionnel et la TBA est encore plus sollicitée. En Haute Volta, le projet de l'UNESCO forme les TBA à être aussi des ouvrières du développement de la communauté. La formation comprend des cours d'instruction civique, d'organisation, d'agriculture, d'arts ménagers et d'hygiène plus d'autres sujets variés.

Aucun programme ne comprend le planning familial dans les pays visités à cause de la résistance provoquée par ces attitudes traditionnelles vis-à-vis de la valeur des enfants et des taux de mortalité infantile.

Certaines personnes pensent qu'il serait mieux d'allonger la période de stage, que deux semaines est une période trop courte. La durée

du stage est limitée à cause des restrictions financières et des obligations familiales de la TBA. Des ateliers de recyclage sont prévus chaque année pendant une semaine, mais le recyclage ne se passe pas toujours à la date prévue.

Ne sélectionner qu'une ou deux TEA de chaque village semble nécessaire pour des raisons financières, mais cela crée probablement un conflit entre les TBA formées et non-formées au niveau du village. Souvent, les TBA non-formées ne sont pas autorisées à exercer. Peut-être que des stages au niveau du village ouverts à toutes les personnes intéressées pourraient résoudre ce problème.

Le problème majeur rencontré pendant les stages était les méthodes d'enseignement utilisées. De nombreux programmes mentionnaient la nécessité de former des instructeurs. La plupart des enseignants n'étaient pas préparés ou formés à l'enseignement d'adultes illétrés. Par conséquent, le personnel enseignant était parfois insensible au niveau et aux soins de la TBA pendant l'instruction. Ceci montre qu'il faut passer plus de temps à montrer au personnel enseignant comment instruire et développer un matériel pédagogique adéquate. Il n'y a que le Niger qui ait développé un syllabus pédagogique qui était un guide modèle expliquant chaque leçon.

8.9 Stimulants (encouragements)

Les stimulants varient d'un stage à l'autre (voir annexe 11). Un trait commun est la distribution d'un trousseau d'obstétrique après la formation, qui peut être fourni par l'UNICEF ou fabriqué localement. L'avantage d'un trousseau en métal de l'UNICEF est qu'il dure plus longtemps et qu'il est protégé du sable. Par contre, il n'est pas adapté aux besoins locaux et il est souvent trop complexe pour une TBA. Fabriqués localement, ce sont des boîtes en bois qui coûtent 100 à 1500 CFA à la formation. L'équipement médical est fourni par le bloc médical. L'avantage majeur des trousseaux locaux est que le contenu peut être adapté aux conditions locales. Par exemple, les TBA apprennent difficilement à se servir de ciseaux. Dans ce cas, il est plus pratique d'adapter un instrument local traditionnel stérilisé. Il vaut mieux ne pas compter sur des sources extérieures pour les trousseaux et l'approvisionnement en cas de rupture du stock.

Après avoir inspecté les trousseaux des accoucheuses sur le champ de travail, j'en conclus que la majorité était bien entretenue, bien que tous les instruments ne fussent pas utilisés. Un plus grand effort devrait être fourni pour adapter les trousseaux aux conditions et aux coutumes locales. La plupart des accoucheuses traditionnelles étaient fières de leur trousseau comme nouveau symbole de prestige. Les fournitures médicales comme l'alcool, les pansements, coton et mercurochrome manquaient souvent. Le renouvellement du stock est un problème.

8.10 Supervision

La supervision est difficile, irrégulière et souvent inexistante. Deux principales méthodes de supervision existent: a) l'inspecteur rend visite à la TBA sur le champ de travail, et b) la TBA se rend au centre médical le plus proche. Employer une équipe mobile pour la supervision

de village en village est idéal, mais il y a de gros obstacles: 1) ça revient cher à cause de l'essence et de l'entretien de la voiture; 2) le personnel de santé peut ne pas être disponible ou il peut n'être que peu motivé parcequ'il n'a pas de salaire supplémentaire pour le travail. Les accoucheuses ont rarement le temps de superviser les TBA sur le champ de travail.

La supervision devrait être combinée à d'autres activités afin de rentabiliser l'utilisation des ressources. Au Niger, (Département de Niamey), une équipe mobile comprenant un personnel de santé et d'animation, rend visite aux équipes de santé de village une fois par mois. Ils renouvellent le stock médical pour la TBA et les agents de premiers soins, discutent des problèmes avec la TBA et les membres du village, règlent les conflits, et relèvent les statistiques. La contribution de l'équipe d'animation est inappréciable car ils sont souvent très sensibles aux problèmes du village.

Les registres de naissance sont tenus en général par des TBA formées, dans lesquels les naissances et les décès sont enregistrés. C'est une personne lettrée qui fait les écritures. La moyenne varie de 6 à 12 naissances par mois selon l'importance de la communauté. Une façon de contrôler la TBA est de l'obliger à présenter son registre à la maternité ou poste de santé le plus proche afin de renouveler le stock médical. Les TBA peuvent aussi distribuer les certificats de naissance.

Pour être efficaces, les méthodes de supervision devraient être adaptées aux ressources locales disponibles, être régulières et être limitées à un rayon raisonnable du centre médical.

8.11 Evacuation

Toutes les TBA sont formées à évacuer les cas difficiles. En fait, c'est très difficile. Les obstacles aux évacuations efficaces sont une reconnaissance inexacte des risques et de leur gravité; l'influence des hommes, des marabouts, et des guérisseurs; une attitude fataliste; et un transport insuffisant. Au Sénégal, les évacuations sont faites à cheval ou en charrette. D'autres pays comme le Mali, le Niger, et la Haute Volta n'ont pas autant de chance. L'évacuation peut se faire à cheval, en chameau, à dos d'âne, ou en taxi-brousse si l'on a de la chance. Souvent un messenger est envoyé pour faire venir un véhicule du centre médical le plus proche, mais il n'y en a pas forcément de disponible.

Bien que de réalisation difficile, on devrait s'efforcer à trouver une solution pour améliorer les évacuations. Souvent, la réputation de la TBA dépend de la bonne coopération avec le personnel de santé.

8.12 Evaluation scientifique

Une contrainte majeure au programme d'expansion s'est trouvée être l'évaluation scientifique pour diriger les prises de décisions. Le but à long terme de la plupart des programmes de formation est de réduire les taux de mortalité et d'état maladif, les taux de mortalité néonatale et infantile, et l'incidence du tétanos sur le cordon ombili-

cal. Cependant, aucune preuve concluante n'existe qui montre que la formation des TBA est efficace dans l'amélioration de la santé des femmes et des enfants ruraux.

9. Instructions pour intégrer les accoucheuses traditionnelles dans le secteur moderne de santé

Les résultats de cette étude peuvent être d'un intérêt général aux pays en dehors de la région étudiée qui ont l'intention d'employer les accoucheuses indigènes dans le secteur moderne de santé.

En réunissant toute information utile obtenue de la recherche sur le champ et des données en rapport, les démarches suivantes sont recommandées pour formuler des programmes de formation des TBA, en supposant que le personnel médical et les officiels du gouvernement sont d'accord sur l'idée.

1. Construire un cadre d'évaluation pour établir les activités de la TBA

Un tel outil devrait être utilisé pour assurer une évaluation continue de programme basé sur ses objectifs. Actuellement, les statistiques qui s'y rapportent sont mal rapportées. On devrait insister davantage sur le développement de simples moyens pour recueillir des renseignements. Le registre de naissance tenu par la TBA est un élément important dans cette opération. Des informations supplémentaires devraient être recueillies par des superviseurs suivant les grandes lignes établies tel que le cadre évaluatif développé au Niger (voir annexe 6 C). Des facteurs évaluatifs peuvent consister en:

- a) des taux de mortalité maternelle;
- b) des taux de mortalité périnatale;
- c) des taux de mauvaise santé;
- d) un nombre de références aux unités de santé ou à un personnel médical mieux qualifié;
- e) un changement des pratiques des TBA;
- f) un changement de la qualité de travail des TBA.

2. Assurer une approche mutuelle des agents au niveau du village

Le contact initial avec les villageois est souvent l'étape la plus importante. La majorité du personnel médical n'est pas familiarisée avec les techniques de développement de la communauté. Par conséquent, il pourrait être bon de combiner les efforts à ceux des travailleurs formés du développement de la communauté rurale. Si la formation des TBA n'est pas ressentie comme une nécessité par la communauté, l'intérêt doit être soutenu par la tenue des réunions avec le chef et les notables, les membres de la communauté, et les TBA elles-mêmes. La familiarisation des hommes au problème est d'une importance vitale puisqu'ils décident souvent du sort de leurs femmes. Le soin doit être porté à donner la confiance aux villageois et à leur communiquer l'enthousiasme. Il est important qu'à la fin les idées viennent de la communauté villageoise et non du gouvernement, et que les villageois acceptent la responsabilité d'établir le système de paiement qui leur paraîtrait le plus pratique. L'idée que la formation implique un

paiement par le gouvernement doit être bannie.

3. Intégrer la formation des TBA à un programme de premiers soins médicaux

Afin d'utiliser de manière plus efficace les ressources humaines et matérielles, les programmes de formation des TBA devraient faire partie d'une action plus large du développement de la communauté. Ce peut être un composant d'un programme public ou privé plus large de développement rural ou de programmes de santé du gouvernement.

4. La supervision est un aspect important des programmes et devrait être faite régulièrement

Les tâches de supervision ne doivent pas être limitées au personnel de santé. Les travailleurs formés du développement de la communauté, les assistantes sociales, ou peut-être les professeurs du village de l'école primaire peuvent superviser les TBA avec le soutien technique de la sage-femme ou de l'infirmière. Les objectifs de la supervision devraient être de vérifier l'état du trousseau de l'accoucheuse, et de renouveler les fournitures nécessaires (les médicaments à bas prix devraient être disponibles), de relever les statistiques, de discuter des problèmes et de les résoudre avec les TBA et les membres du village, poursuivre l'éducation, et apporter un support moral. La supervision peut se faire par:

- a) une équipe mobile chargée de contrôler un programme plus large des premiers soins médicaux;
- b) des visites régulières de la TBA au poste de santé le plus proche, des mesures stimulantes comprenant la présentation d'un registre de naissance jusqu'au renouvellement des fournitures médicales et obtenir des certificats de naissance;
- c) éducation périodique à un niveau local sous forme de clubs et de réunions;
- d) des ateliers prévus annuellement au niveau des régions.

5. La formation devrait avoir lieu dans les communautés rurales

La formation devrait durer au moins deux semaines et au plus un mois. Il n'est pas nécessaire de penser que le transport, les repas, et l'hébergement doivent être réglés par le projet. Si les TBA veulent suivre des stages, elles en trouveront les moyens soit par motivation, soit par soutien de la communauté. Les stages de recyclage qui suivent doivent avoir lieu périodiquement pendant un ou deux jours. Les superviseurs devraient être chargés de la formation individuelle continue et du soutien dans le champ de travail.

6. Mener une étude en profondeur dans la région proposée

Les facteurs concernés qui affectent l'exécution du programme pourraient être:

- a) de déterminer l'endroit où les femmes accouchent et qui les aide;
- b) d'obtenir les caractéristiques personnelles de la TBA comme le degré d'alphabétisme, le nombre d'années en exercice, et le nombre estimé d'accouchements;

- c) de déterminer le statut social et l'influence dans le village;
- d) de mettre à jour les coutumes, les croyances, et les pratiques qui entourent la naissance avec l'idée d'éliminer les pratiques dangereuses tout en maintenant les pratiques inoffensives, et d'y établir de nouvelles;
- e) de connaître les attitudes des villageois et villageoises vis-à-vis des alternatives existantes sur la naissance (exemple: la TBA, le membre de la famille, ou la maternité);
- f) de s'informer sur les besoins conscients ou inconscients de la TBA et de la communauté pour améliorer les soins pour les femmes enceintes et les enfants.

Le développement du programme sera basé sur les résultats de cette étude initiale.

7. Participation locale au programme

La communauté rurale devrait participer le plus possible à toutes les étapes du programme. Par exemple, elle devrait choisir les TBA à former; elle devrait participer au financement et/ou au travail et aux matériaux de la construction de la maternité rurale; elle devrait décider la méthode de paiement; et elle devrait participer à la résolution des problèmes.

Plusieurs facteurs doivent être pris en considération à propos de la sélection des personnes à former:

- a) selon les résultats de l'étude initiale, il est possible que la formation ne soit pas forcément limitée à une ou deux TBA de chaque village. Il se peut que des membres de la famille, des maris, des marabouts et des guérisseurs participent à la naissance. La formation devrait être adaptée à cette situation;
- b) bien qu'il soit difficile de former des TBA trop âgées (65 ans), pour éviter cependant d'insulter les TBA plus vieilles, on devrait tenter de les former avec une plus jeune TBA (à partir de 30 ans) qui éventuellement remplacera la plus âgée.

8. Autant que possible, l'emploi de matériels locaux

Ne pas former les gens à dépendre de matériel local et de fournitures qu'ils ne seraient pas en mesure de payer ou qui ne seraient pas disponibles. Ne pas condamner leur méthode traditionnelle avant d'en avoir vu l'utilité. Acheter du savon et des lames de rasoir revient cher. Il se peut qu'il y ait des méthodes traditionnelles qui assurent la propreté et une bonne coupure du cordon ombilical. Plutôt que l'UNICEF fournisse un trousseau souvent mal compris et mal utilisé, il vaudrait mieux rendre des fonds disponibles au gouvernement pour fournir des contenus pour l'équipement localement adapté. Les trousseaux d'obstétrique devraient être distribués à la TBA qui se sert aussi de matériel local.

9. La formation devrait être une expérience mutuelle

La TBA est une professionnelle expérimentée et fière de son travail. Il est important que la confiance et le dialogue s'établissent entre la TBA et le professionnel médical pour faciliter l'échange d'idées. Le professionnel ne devrait pas adopter une attitude de supériorité.

10. Portée limitée des programmes de formation

La majorité des programmes de formation essayent de recouvrir un champ trop grand et trop étendu de disciplines, et, par conséquent, l'assimilation est restreinte. Les objectifs majeurs devraient comprendre la propreté, la reconnaissance des anomalies, et la mise en confiance.

A la fin d'un stage, les TBA devraient pouvoir assurer les tâches suivantes:

- a) identifier les types de mère qu'elles peuvent faire accoucher et mener à bien un accouchement propre et sûr;
- b) reconnaître les signes et les symptômes d'anomalies y compris les femmes à gros risques et les indiquer à un personnel médical mieux qualifié;
- c) faire des examens prénatals simples détermination de la gestation, les parties fœtales, l'écoute des battements du cœur fœtal et l'observation de signes dangereux comme l'œdème;
- d) reconnaître le processus normal du travail et de la naissance et éviter d'intervenir en cours;
- e) travailler en coopération avec le rapport du personnel du groupe médical et de convaincre les mères à se rendre aux cliniques MCH et de suivre les instructions données;
- f) fournir des informations simples sur les naissances, décès et causes de décès;
- g) prendre soin des nouveaux-nés et des mères en employant des pratiques d'hygiène;
- h) donner des conseils simples de nutrition concernant les femmes enceintes, les nouveaux-nés, et les nourrices.

Les objectifs peuvent être élargis si l'on veut, pendant les stages de recyclage, mais seulement après s'être assuré que la TBA a retenu les premiers objectifs. Il faut éviter une expansion rapide des objectifs qui vont à l'encontre de son rôle traditionnel.

11. Les méthodes et l'équipement pédagogique devraient être adaptés à l'enseignement des adultes illétrés

C'est un non-sens que chaque programme de formation, individuel ou régional, dépense du temps et de l'argent pour développer une assistance pédagogique souvent insuffisante et inefficace. Par conséquent, je recommande qu'un bureau intéressé comme WHO, UNICEF ou USAID développe un guide pédagogique uniforme et d'audio-visuel, à bas prix qui soit explicite et facile d'emploi et compris par les instructeurs et les TBA. Ce guide devrait comprendre un simple manuel qui puisse être adapté localement et distribué aux TRA en tant que référence. Il serait utile aussi pour les campagnes

d'alphabétisation.

Seules les TBA ont leur mémoire à la place de calepins, aussi les règles suivantes devraient être observées pendant la formation:

- a) répéter la leçon plusieurs fois;
- b) expliquer le pourquoi et le comment;
- c) développer un dialogue entre le professeur et les étudiants: d'abord la TBA explique sa méthode, puis le professeur explique la nouvelle méthode, en expliquant pourquoi elle est meilleure, et comment l'appliquer;
- d) se servir de techniques de démonstrations réalistes;
- e) employer une terminologie simple;
- f) enseigner "à faire" et "à ne pas faire".

La pratique sur un mannequin ou un bassin simulateur en se servant d'un mannequin est recommandée, suivie de pratique à la maternité si possible. Les méthodes audio-visuelles sont difficiles pour les TBA à comprendre durant la courte période de stage de deux semaines. Par conséquent, il est conseillé que l'emploi de l'audio-visuel soit limité car il faut un spécialiste pour s'en servir de manière efficace. Un effort tout particulier devrait être fait pour préparer les instructeurs à la santé publique et à la méthodologie de l'enseignement, en tenant un atelier de pédagogie.

En suivant ces instructions et en gardant une certaine souplesse, il devrait être possible d'établir et d'exécuter de façon efficace des programmes de formation bon marché pour les accoucheuses traditionnelles. Une importante réserve de main-d'œuvre médicale traditionnelle des régions rurales serait intégrée dans un cadre pratique et réaliste, ce qui tient compte des aspects socio-psychologiques de la TBA et de la communauté rurale.

10. Recommandations

Il est souhaitable que cette étude amène une autre recherche qui contribuera au maigre corps de connaissances scientifiques concernant les accoucheuses traditionnelles et leur emploi dans les services modernes de santé. Dans les cinq pays: le Sénégal, le Mali, le Niger, la Haute Volta, et le Cameroun, il existe une grande variété de pratiques concernant les TBA et la façon dont elles sont rattachées au secteur médical. Tout le matériel groupé dans cette étude suggère des thèmes pour d'autres discussions.

Une conférence serait une manifestation utile et un point de départ pour une discussion des points principaux et pour l'intégration d'idées pour les pays de l'Afrique Centrale et de l'Afrique de l'Ouest. La conférence pourrait être réunie par une organisation internationale de la santé ou d'aide au développement. Elle pourrait s'adresser aux représentants de tous les pays intéressés. Les sujets de discussion pourraient être:

- a) les avantages de développer une unité pédagogique pour les

TBA en français, qui pourrait être employé pour enseigner une grande variété de sous-matières. Le développement de l'assistance audio-visuelle et pédagogique serait compris dans cette unité;

- b) dissémination des résultats de recherche groupés dans ce rapport;
- c) ordre et limite des tâches à enseigner à la TBA et à accomplir comprenant les tâches prénatales, d'accouchement, et post-natales de planning familial, d'éducation d'hygiène, et de premiers soins
- d) les méthodes et les mécanismes administratifs par lesquels la TBA peut être intégrée au secteur moderne de santé;
- e) avantage d'avoir des méthodologies uniformes de statistiques pour évaluer les courants de santé actuels et futurs;
- f) les différences socio-culturelles dans l'utilisation, les pratiques, les mécanismes de paiement, l'acceptation du rôle et des fonctions des TBA par un personnel médical et non-médical;
- g) avantages et inconvénients relatifs de la réformation de vieilles TBA expérimentées contre la formation de filles plus jeunes et lettrées, sans expérience, pour exercer en obstétrique rurale;
- h) nécessité d'une analyse financière et de coût-bénéfices plus approfondie dans l'évaluation de la fonction des TBA.

Les recommandations concernant la formation des TBA pourraient être incluses comme matière à discussion pendant la conférence proposée, ou pourraient être à la base d'un projet par une organisation existante. Le développement du matériel pédagogique et de formation en français approprié aux traductions en langues locales était un besoin nettement défini dans tous les pays visités. Il serait logique de développer une unité pédagogique d'où plusieurs pays et plusieurs niveaux de formation pourraient choisir les parties qu'ils veulent recouvrir. Peu de matériel est couramment disponible sur une durée ou un niveau désiré de formation, sur la fréquence du recyclage, et sur bien d'autres facteurs de formation. Il serait souhaitable de commencer avec le développement d'une unité pédagogique minimale et de mener la recherche dans ses limites d'utilité avant de développer un programme de formation plus vaste. Des discussions devraient être tenues sur le rôle des formateurs et la méthodologie pédagogique utilisée.

Une autre évaluation est nécessaire pour la plupart des facteurs qui concernent les rôles et fonctions actuels et futurs des TBA. Il y a peu d'informations disponibles sur les tâches traditionnelles ou souhaitables des TBA. Pour ainsi dire, aucune information n'est disponible pour évaluer l'effet des TBA formées contre les autres méthodes d'amélioration du système médical d'accouchement.

Cette étude pourrait servir d'introduction à une grande variété de sujets nécessitant de plus amples recherches. Un projet-pilote dans tous les pays pour évaluer les différents facteurs concernés dans l'emploi des TBA pourrait être un point de départ pour un programme de développement.

TABLE DE MATIERES

	<u>PAGE</u>
1. INTRODUCTION	1
1.1 Les Sages-Femmes Traditionnelles en Afrique	1
1.2 Formation des T.B.A. en Afrique	1
1.3 Le RÔle des T.B.A. dans le développement de la femme	1
2. CHAMPS d'ACTIVITÉS	7
2.1 Objectifs	7
2.2 Méthodologie	7
2.3 Limites	8
3. SENEGAL	9
3.1 Profil Démographique	9
3.2 Réforme Administrative	9
3.3 Ressources Sanitaires	10
3.3 1 Facilités sanitaires	10
3.3 2 Personnel sanitaire	11
3.4 Les Aides-Accoucheuses Traditionnelles	12
3.4 1 Le Sérér	13
3.4 2 Les courants de formation	14
3.5 La Formation des T.B.A.	15
3.5 1 Le programme de formation de Khombole	16
3.5 2 Les maternités rurales	16
3.6 Les Accoucheuses Auxiliaires Rurales	17
3.6 1 Formation	18
3.6 2 Activités	18
3.7 Les T.B.A. Intégrées	19
3.7 1 La maternité rurale de Mbadakhoum	19
3.7 2 Le poste sanitaire de Soul-Sessen	19
3.8 Résumé	20
4. MALI	21
4.1 Courbe Démographique	21
4.2 Ressources Sanitaires	22
4.3 Matrones Rurales	22
4.4 Les Aides-Accoucheuses Traditionnelles	24
4.5 Le Centre de Formation d'Ouelessebougou	25
4.5 1 Les matrones rurales	25
4.5 2 Les TBA intégrées	26
4.6 La Région de Sikasso	26
4.6 1 Maternités rurales	26
4.6 2 Matrones rurales	26
4.6 3 La place des TBA	27
4.7 L'Opération Riz, Ségou	28
4.7 1 La matrone traditionnelle (TBA)	28
4.8 Résumé	29
5. NIGER	31
5.1 Courbe Démographique	31
5.2 Ressources Sanitaires	31
5.2 1 Personnel et facilités	31
5.2 2 Centre de santé maternelle et infantile	32
5.3 Les Equipes de Santé Villageoises (ESV)	32
5.3 1 Politique de la médecine de masse	32

	<u>PAGE</u>
5.3 2 Animation et santé	32
5.3 3 Structure et auto-encadrement sanitaire	33
5.4 Les Accoucheuses Traditionnelles	34
5.4 1 Sélection du village	34
5.4 2 Etude de l'environnement	34
5.4 3 Critères de sélection	34
5.4 4 Formation	34
5.4 5 Supervision	35
5.4 6 Recyclage	35
5.4 7 Evaluation	35
5.4 8 Formation pour les nomades	36
5.4 9 Dans les régions urbaines	36
5.4 10 Participation aux activités de PMI, campagne de vaccination et campagne contre le paludisme	36
5.5 Financement	36
5.6 Etudes en 1976 des Equipes de Santé Villageoises	37
5.7 Département de Maradi	38
5.7 1 Profil de la TBA	38
5.7 2 Objectifs de la formation	38
5.7 3 Réalisations	39
5.8 Le Département de Niamey	39
5.9 Problèmes communs	41
5.10 Résumé	42
6. LA HAUTE VOLTA	42
6.1 Courbe Démographique	42
6.2 Ressources Sanitaires	43
6.2 1 Les facilités sanitaires et le personnel	43
6.2 2 Soins sanitaires de base	44
6.3 Programmes de Formation pour les TBA	44
6.4 Projet Expérimental de l'UNESCO	44
6.4 1 Programme de formation de Pô	47
6.4 2 Programme de formation de Kongoussi	47
6.4 3 Caractéristiques de la TBA	48
6.4 4 Les maternités de village	49
6.5 Expansion du Projet de Formation de la TBA de l'UNESCO	50
6.6 Le Centre Médical de Kongoussi	50
6.7 L'Hôpital Régional de Fada N'Gourma	51
6.8 Le Centre Médical de Yako	51
6.9 Résumé	51
7. CAMEROUN	53
7.1 Courbe Démographique	53
7.2 Ressources Sanitaires	53
7.3 Aspects Négatifs de la Formation des TBA	54
7.3 1 L'expérience de Dschang	55
7.3 2 L'expérience de Bamenda	56
7.4 Aspects Positifs de la Formation des TBA	56
7.4 1 Les taux de mortalité	57
7.4 2 Utilité des maternités	58
7.5 Caractéristiques des TBA	59
7.5 1 Dschang	59
7.5 2 Bamenda	60
7.5 3 Ekoko II et D'Ekali I	60

	<u>PAGE</u>
7.5 4 Les Ezuvoks	61
7.6 Résumé	61
8. CONCLUSION: TENDANCES ET CONTRAINTES COMMUNES	62
8.1 Attitudes des Gouvernements	63
8.2 Attitude du Personnel Sanitaire Professionnel	63
8.3 Les TBA Elles-Mêmes	64
8.4 Auxiliaires Accoucheuses	64
8.5 Conflit Entre le Secteur de Santé Moderne et Traditionnel	65
8.6 Intégration aux Facilités Modernes de Santé	66
8.7 Emploi Indépendant	66
8.8 Formation	66
8.9 Stimulants (Encouragements)	68
8.10 Supervision	68
8.11 Evacuation	69
8.12 Evaluation Scientifique	69
9. INSTRUCTIONS POUR INTEGRER LES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES DANS LE SECTEUR MODERNE DE SANTE	70
10. RECOMMANDATIONS	74

ANNEXES

1. General references
- 1A. Country references
2. Titles given to traditional birth attendants and auxiliary midwives
3. Programme de stage de matrones (TBA) de l'Arrondissement de Thiadiaye, Sénégal
4. Fiche technique pour les activités de l'auxiliaire accoucheuse, Kaolack, Sénégal
5. Guide des soins des nouveaux-nés en milieu rural, Mali
6. **National guidelines for TBA training, Niger**
- 6A. Oullam training program, Niger
- 6B. 1976 survey of first-aid agents (secourists) Niger
- 6C. Fiche de contrôle mensuel des activités des matrones de village, Niger
7. UNESCO TBA training program: PO, Upper Volta
- 7A. Maternity training program: PO, Upper Volta
- 7B. Budget for training program: PO, Upper Volta
8. List of contents for TBA midwife kits
9. List of personal contacts
10. Demographic statistics: Senegal, Niger, Mali, Upper Volta, and Cameroon
11. Summary of training programs for traditional birth attendants in Senegal, Mali, Niger, Upper Volta, and Cameroon

GENERAL REFERENCES

1. _____. "Granny Midwives: Asset or Liability?" International Family Planning Digest. Vol. 1, No.4, December 1975, pp.1-3.
2. Ademuwagun, Z.A. "The Meeting Point of Orthodox Health Personnel and Traditional Healers/Midwives in Nigeria: The Pattern of Utilization of Health Services in Ibarapa Division." In I.E. Harrison and D.W. Dunlop, eds., Traditional Healers: Use and Non-use in Health Care Delivery. East Lansing, Michigan: Michigan State University. The African Studies Center. Rural Africana No. 26, pp 55-77.
3. Bagnall, Denise. "Obstetric Rituals and Taboos". Nursing Times, July 18, 1974.
4. Bayoumi, Ahmed. "The Training and Activity of Village Midwives in the Sudan." Tropical Doctor, July 1976, pp. 118-125.
5. Bryant, John. Health and the Developing Countries. Ithaca: Cornell University Press, 1969.
6. Dunlop, David W. "Alternatives to Modern Health Delivery Systems in Africa: Issues for Public Policy Consideration on the Role of Traditional Healers." In I.E. Harrison and D.W. Dunlop, eds. Traditional Healers: Use and Non-use in Health Care Delivery. East Lansing, Michigan: Michigan State University, The African Studies Center. Rural Africana No. 26, pp. 131-139.
7. Harrison, Ira E. "Traditional Healers: A Neglected Source of Health Manpower." In I.E. Harrison and D.W. Dunlop, eds. Traditional Healers: Use and Non-use in Health Care Delivery. East Lansing, Michigan: Michigan State University. The African Studies Center. Rural Africana No. 26, pp.5-16.
8. INADES. "Session d'Obstétrique." CFR de Trokpadrou, par Man, 16-20 juin, Côte d'Ivoire, 1975.
9. Marshall, Rachel Pearce. The Utilization of Non-nurse Midwives in the Maternal and Child Health Program with Implications for the Improvement of the Training of Emperical Midwives(TBA) in Liberia. Unpublished Essay. School of Public Health, University of Michigan, May 1963.

10. Neumann, A.K., Ampofa, D.A., Nicholas, D.D., Ofosu-Amaah, S., and Wurapa, F.K. "Traditional Birth Attendants - A Key to Rural Maternal and Child Health and Family Planning Services". The Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health, February 1974.
11. Neumann, A.K., Sai, F.T. and Dodou, S.R.A. "Danfa ~~Compreh~~ensive Rural Health and Family Planning Project, Ghana." The Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health, Vol. 20, No.1, February 1974, pp 39-54.
12. Otoo, S.N. "The Traditional Management of Puberty and Childbirth among the Ga People, Ghana." Tropical and and Geographical Medicine, Vol. 25, No.1, 1973, pp 88-94.
13. Peng, J.Y., Keovichit, Srisomang, MacIntyre, Reginald eds. Role of Traditional Birth Attendants in Family Planning (Proceedings of an International Seminar Held in Bangkok and Kuala Lumpur, 19-26 July, 1974). Canada: International Development Research Centre, 1974.
14. UNICEF. Enfance, Jeunesse, Femmes et Plans de Développement, Travaux de la Conférence Ministérielle Tenue à Lomé, Togo, du 18 au 27 Mai 1972.
15. United Nations (FAO). The Role of Women in Rural Development. Conference Background Paper of the International Women's Year, Mexico City, 19 June to 2 July, 1975, March 24, 1975, (E/CONF.56/DP/11).
16. USAID. Report on a Conference on Tradition, Behavior and Health. November 5-6, 1970.
17. Vovor, Emilie Mrs. La Sage-femme en Milieu Rural au Togo, Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CESSI), Dakar, Sénégal.

WHO PUBLICATIONS

18. African Traditional Medicine. AFRO Technical Report Series No.1, Regional Office for Africa, Brazzaville, 1976.
19. AFRO Memorandum. From: Mrs. Marshall To: All Nursing/Midwifery Personnel. Subject: Proposal for Training of Empirical Midwives (Traditional Birth Attendants), May 15, 1974.
20. Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries. A Joint UNICEF/WHO Study. Dr. Djukanovic, V. and Macti, E.P. eds. Geneva, 1975.

21. Ampofo, Dr. O. and Johnson-Romuald, Dr. F.D. Traditional Medicine and Its Role in the Development of Health Services in Africa. Twenty-sixth Session, Kampala, Uganda, September 8-15, 1976, Regional Office for Africa, Brazzaville, 1976 (AFR/RC26/TD/1).
22. Analysis of Training Programs for Traditional Birth Attendants Received from Twenty Countries in WHO Regions, 1973, (HMD/NURS/73/6).
23. Auxiliary Health Personnel. Report on a Seminar, October 6-13, 1971. Regional Office for Africa, Brazzaville, 1972, (AFR/E&T/53).
24. De Lourdes Verderese, Miss Maria. Consultation on the Role of the Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Planning. Geneva, March 13-20, 1973, (HMD/NURS/73/3).
25. De Lourdes Verderese, Miss Maria. The Traditional Birth Attendants in Maternal and Child Health and Family Planning. Geneva, 1974 (HMD/NUR/74/1).
26. De Lourdes Verderese, Miss Maria and Turnbull, Lily M. The Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Planning. A Guide to her Training and Utilization. Geneva, 1975.
27. Desai, Dr. J.D. AFRO Memorandum, Plan of Work 1975-1977, Project NIE/SHS/OO1, November 24, 1975.
28. Duty Travel Report by Jerome Stromberg. Accra, Kintampo, Ghana, 27 April to 14 May, 1976.
29. Health Care in Rural Areas. AFRO Technical Papers No.10. Regional Bureau for Africa, Brazzaville, 1975.
30. "Health Care in Rural Areas". WHO Chronicle. January 30, 1976, pp 11-17.
31. Methods of Increasing Health Services Coverage in Rural Areas, Report on a Seminar, July 1-6, 1974. Regional Office for Africa, Brazzaville, 1974
32. Organization and Administration of Maternal and Child Health Services. Report on a Seminar, November 10-21. Regional Office for Africa, Brazzaville, 1969.
33. "Primary Health Care." World Health, April 1975
34. Progrès Sanitaires en Afrique 1968-1973. Cahiers Techniques AFRO No.6. Bureau Regional pour l'Afrique, Brazzaville, 1973.

35. Promotion of National Health Services Relating to Primary Health Care. Offprint from Official Records of the World Health Organization No.226, Geneva, 1976.
36. Training and Supervision of Traditional Birth Attendants. Report of a Study Group, December 9-12, 1975. Regional Office for Africa, Brazzaville. 1976, (AFR/MCH/71).
37. Training and Utilization of Traditional Healers and Their Collaboration with Health Care Delivery Systems. Executive Board, Fifty-Seventh Session, Provisional Agenda, Item 7. November 21, 1975, (EB57/21 Add.2).

COUNTRY REFERENCES

SENEGAL

1. Coly, Koité, Camara et Garrick. Formation et Supervision des Accoucheuses Traditionnelles au Sénégal.
2. Fall, Mr. Ibrahima. "Matrones et Maternités Rurales au Sénégal". UNICEF, 1973.
3. Gomis, Mrs. Contribution à l'Etude du Travail de la Sage-femme en Zone Rurale au Sénégal, Mémoire CESSI (Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers), Dakar, 1973.
4. Kerharo, J. "Le Facteur Magico-Réligieux dans l'Exercice de la Médecine Traditionnelle en Milieu Sénégalais." Médecine d'Afrique Noire. No. 8/9, Août-Septembre, 1969.
5. Ministère du Plan et de l'Industrie. Troisième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social, 1969-1973, pp. 222-245.
6. N'Diaye, Pape Soulay. "L'Auxiliaire Accoucheuse, son Rôle dans la Promotion de la Santé de la Communauté Rurale." 1976.
7. N'Diaye, Pape Soulay. "Projet de Maternité Rurale". 1976.
8. Nelson, Dobert, McDonald, McLaughlin, Marvin, Moeller. Area Handbook for Senegal. Washington D.C.: The American University, 1974.
9. Pellegrin, Marcelle. L'Accouchement en Milieu Rural Traditionnel au Sénégal, regard sur le Passé et Perspectives d'Avenir. Mémoire CESSI (Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers), Dakar, 1970.
10. Rapport du Séminaire Francophone Ouest-Africain. Dakar, Sénégal, 17-23 Novembre 1974. La Sage-femme et la Santé Familiale. Organisé par la Confédération Internationale des Sages-femmes en Coopération avec la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique.
11. République du Sénégal. Statistiques Sanitaires et Démographiques du Sénégal, 1974. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.
12. USAID. Development Assistance Program, FY 1975, Section Three: Senegal, Mali, Mauritania. March 1975.
13. USAID. Rural Health Project, 1976.

MALI

1. Diallo, Dr. Développement des Structures des Services de Santé de Base en Zone Rurale. 30 Janvier 1976.
2. Diallo, Dr. Formation des Matrones Traditionnelles au Mali, l'Enfant en Milieu Tropical.
3. Imperato, Pascal J.M.D. USAID, Health Sector Report, Republic of Mali, 1974.
4. Jean-Joseph, Dr. P.G. Développement d'un Programme National de Santé Familiale au Mali. WHO, 1976 (AFR/MCH/70).
5. Ministère du Développement Rural, République du Mali, Rapport de Synthèse, Campagne Agricole 1975-1976, Opération Riz, Ségou.
6. Mitchell, Miss M. Guide de Soins aux Nouveaux-Nés en Milieu Rural. Prepared for the Community Development Division, Secretariat d'Etat aux Affaires Sociales, 1969.
7. Sangaré, Dr. Karim. Etudes sur les Maternités et les Matrones Rurales en République du Mali, Janvier 1974.
8. WHO. Analyses des Tâches et Problèmes Qu'aura à Résoudre la Matrone Rurale. 5 Août 1976, (MALI/SHS/001).
9. WHO. Formations Sanitaires et Personnel en Milieu Rural. Mai 1976, (MALI/SHS/001).
10. WHO. Rapport du Représentant, 1976.
11. WHO. Objectifs Educatifs Indiquant le Profil de la Matrone Rurale à la Fin de sa Formation, 5 Août 1976, (MALI/SHS/001).

NIGER

1. Belloncle, Guy and Fournier, Dr. George. Santé et Développement en Milieu Rural Africain. (Réflexions sur l'expérience Nigérienne). Paris: Editions Economie et Humanisme - Les Editions Ouvrières, 1975.
2. Department of State. Background Notes, Niger, July 1976.
3. Halima, Mrs Damien. Quel est le Rôle de la Matrone en Milieu Rural ? Mémoire ENSP (no date)
4. République du Niger. Le Programme Triennal 1976-1978. Niamey, Janvier 1976.
5. UNICEF/WHO. "Use of Village Health Workers and Trained Traditional Birth Attendants in the Department of Maradi, Niger." Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries. Geneva: World Health Organization, 1975, pp. 78-83.

Reports

6. Auto-encadrement Sanitaire, Ministry of Health, 1976.
7. Caric, Dr. K. Développement des Services de Santé au Niger (WHO Assignment Report), March 14, 1975 (AFR/PHA/143).
8. Department of Diffa, Rapport de la Deuxième Réunion Trimestrielle des Cadres de l'Animation de la Santé et de l'Alphabétisation, le 19-22 Juillet 1976.
9. Direction des Affaires Sociales et de la Protection Maternelle et Infantile, Rapport PMI 1975, République du Niger.
10. Filingué Animation, Stage de Formation des Matrones à Filingué, le 16-26 Avril 1976.
11. Maradi, Formation des Matrones (livret Aide-mémoire), 1971.
12. Maradi, Direction de la Santé. Principales Conclusions de la Réunion Trimestrielle des Cadres Sanitaires du Département de Maradi (17 et 18 Janvier 1975), le 24 Janvier 1975.
13. Maradi, Direction de la Santé. Principales Conclusions de la Réunion Trimestrielle des Cadres Sanitaires du Département de Maradi (6 et 7 Juin 1975) le 27 Juin 1975.
14. Maradi, Direction de la Santé. Principales Conclusions de la Réunion Trimestrielle des Cadres Sanitaires du Département de Maradi (5-6 Décembre 1975), le 2 Janvier 1976.
15. Maradi, Direction de la Santé. Réunion des Cadres Sanitaires du Département de Maradi Avec la Participation des Cadres de l'Animation, Alphabétisation, de l'Enseignement et de Divers Services (29-30 Avril 1976), le 29 Mai 1976.
16. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Deuxièmes Journées de la Santé, Tahoua, le 5-13 Juillet 1976.
17. Oullam Animation. Formation Sanitaire. Avril 1976
18. Poulsen, Niels M.D. MPH. Report on Preliminary Survey of Niger Health Sector. September 1-18, 1976.
19. WHO Representative. Profile du Niger. Niger, 1976.
20. Say Animation. Stage de Formation des Matrones de Makalondi. (no date).
21. Tillabéri Animation. Journée d'Evaluation des Activités des Matrones et Animatrices. Avril 1976.

UPPER VOLTA

1. Atlas de la Haute-Volta, 1975. Editions Jeune Afrique, Paris.
2. Dindinian, Dr. O. Développement des Services de Santé en Haute-Volta. 3 Décembre 1974, (WHO-AFR/PHA/137).
3. Diop, Mrs. Sira. Rapport de Fin de Mission du Conseiller Technique Principal, "Egalité d'Accès des Femmes et des Jeunes Filles à l'Education." Projet Expérimental UNESCO, Haute-Volta, 1972/1976.
4. Diop, Mrs. Sira. Stage de Formation des Accoucheuses de Village de la Zone de Pô. Projet Expérimental UNESCO, Haute-Volta, 2 Mai 1973 - 30 Mai 1973.
5. Fall-Ba, Mrs. O. Projet Expérimental d'Egalité d'Accès des Femmes et des Jeunes Filles à l'Education, UNESCO, Juillet 1971.
6. Martin-Samos, Dr. F. WHO Representative Report, December 29, 1975.
7. Ministère de l'Education Nationale et de la Culture, Haute-Volta. Formation des Accoucheuses Traditionnelles et Autres Agents de Promotion Sociale et de Santé Familiale dans le Cadre du Développement Communautaire. Projet de Demande d'Assistance au Fonds des Nations Unies pour les Activités en Matière de Population, 1976.
8. Ministère de l'Education Nationale et de la Culture. Projet Expérimental - Egalité d'Accès des Femmes et des Jeunes Filles à l'Education, Document de Travail dans le Cadre de la Participation de l'UNESCO à la Célébration de l'Année Internationale de la Femme (1975). Ouagadougou, Haute-Volta, Mai 1974.
9. USAID, Strengthening Women's Roles in Development. PP. Upper Volta, 1976.
10. USAID. Development Assistance Program, FY 1975 Upper Volta and Niger. March 1975.

CAMEROON

1. Abané, Dr. La Médecine Rurale au Cameroun - Expérience Camerounaise sur la Médecine Communautaire, (no date).
2. Abané, Dr. Zones DASP, (no date).
3. Department of State. Development Assistance Program FY 1975 Section Three: Chad, Cameroon, Central African Republic, and Gabon. March 1975.

4. Klefstad-Sillonville, Dr. F. "Les Accoucheuses de Village", l'Enfant en Milieu Tropical. Institut de Pédiatrie Sociale, Dakar et Centre International de l'Enfance, Paris.No.65, 1970, pp. 25-30.
5. Lantum, Dr. Dan. Health Services and Population Oriented Policies in Cameroon. Paper Presented at German Medical Seminar, Yaoundé, Cameroun, 21/4/76-24/4/76.
6. Mallart, Louis. La Médecine Traditionnelle chez les Evuzok au Cameroun, Ecole Pratique des Hautes Etudes, ORSTROM, Yaoundé, Juin 1970.
7. Ministry of Economic Affairs and Planning. Fourth Five-Year Economic, Social, and Cultural Development Plan 1976-1981. United Republic of Cameroon.
8. Nasah, Dr. B.T. and Drouin, Dr. P. Obstetrical Report 1975: Maternité Principale and Central Hospital, Yaoundé. March 25, 1976.
9. Nelson, Dobert, McDonald, Laughein, Marvin, Moeller. Area Handbook for the United Republic of Cameroon. The American University: Washington D.C. 1974.
10. Practical Training in Health Education. PP.RDO/Yaoundé, April 1976.
11. Rrural Health Project in Ouham Prefecture, Central African Republic. PP.RDO/Yadoundé.
12. Sanwogou, Lardjar. Les Coutumes de Nos Ancêtres Face à la Vie (la Recherche de la Santé et des Bonheurs) Projet AID/OCEAC, Yaoundé, 1976.

Annex 2

TITLES GIVEN TO TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS
AND AUXILIARY MIDWIVES

<u>Country</u>	<u>TBA Title</u>	<u>Auxiliary Midwife Title</u>
1. Senegal	Matrone	Auxiliaire accoucheuse
2. Mali	Matrone traditionnelle	Matrone rurale
"Opération Riz"	Matrone	
3. Niger	Matrone	
4. Upper Volta	Accoucheuse traditionnelle	Matrone rurale
5. Cameroon	Accoucheuse traditionnelle	Aide-soignante/accoucheuse

PROGRAMME DE STAGE DE MATRONES DE L'ARRONDISSEMENT
DE THIADIAYE - SENEGAL

1ère Semaine du 7/4/75 au 13/4/75

I - LA GROSSESSE NORMALE

- 1) Examen succinct d'une grossesse normale
  - a) Examen dans les premiers mois
  - b) Examen dans les derniers mois

II - LA GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Les accidents pour lesquels la matrone est le plus ordinairement consultée au cours de la grossesse:

- 1) les hémorragies ou pertes de sang
  - a) les hémorragies de la 1ère moitié de la grossesse
  - b) les hémorragies de la 2ème moitié de la grossesse
- 2) le port du fœtus au cours de la grossesse
- 3) le volume exagéré de l'utérus
  - a) l'hydramiose (excès de liquide)
  - b) la gémellité

2ème semaine du 14/4/75 au 20/4/75

ROLE DE LA MATRONE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

- 1) Préparatifs à l'accouchement
  - a) eau bouillie (chaude, froide)
  - b) stérilisation des instruments
  - c) préparation du lit d'accouchement
  - d) toilette de la femme
  - e) désinfection des mains de l'accoucheuse
  - f) désinfection de la femme

3ème semaine du 21/4/75 au 27/4/75

SURVEILLANCE PENDANT LA DUREE DE L'ACCOUCHEMENT

- 1) Cas où tout est normal
  - a) pendant la période de dilatation
  - b) pendant la période d'expulsion
- 2) cas où surviennent des incidents
  - a) douleurs insuffisantes
  - b) douleurs exagérées
  - c) rupture prématurée des membranes
  - d) lenteur de la dilation
  - e) lenteur de la descente

1) Cas où il y a une présentation anormale mais non dystocique

- A) présentation du siège
- B) présentation de la face
- C) accouchement gémellaire

2) Cas où l'accouchement est dystocique

conduite à tenir devant un risque de tétanisation de l'utérus, une présentation de l'épaule, une présentation du front, une hydrocéphalie, un décollement du placenta, un placenta procevi.

5ème semaine du 5/5/75 au 11/5/75

Cas où l'accouchement se complique d'accidents variables
conduite à tenir devant une hémorragie, une procidence du cordon, une crise d'éclampsie.

6ème semaine du 12/5/75 au 17/5/75

1) La délivrance normale

2) La délivrance pathologique

- a) hémorragies
  - b) rétention des membres
- (conduite à tenir

3) Suite des couches normales

4) Suite des couches pathologiques

- a) complications du côté des seins (
- b) complications du côté de l'utérus (- conduite à tenir
- c) complications fébriles (

5) Toilette du bébé

6) Role de la matrone dans l'allaitement

7) Analyses d'urines

- a) recherche de l'albumine
- b) recherche de sucre

Les matrones ainsi formées assurent le fonctionnement des maternités. C'est pourquoi je m'adresse à votre organisme pour qu'elles bénéficient comme leurs autres collègues d'une prime de stage.

Veillez agréer, Monsieur le Coordinateur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signé
LE SOUS-PREFET

FICHE TECHNIQUE POUR LES ACTIVITES DE L'AUXILIAIRE ACCOUCHEUSE
 KAOIACK, SENEGAL, DR. PAPE SOULEY N'DIAYE

I. ACTIVITES PREVENTIVES

A. Consultations prénatales

- Convocation des femmes enceintes
- Mise à jour de la fiche prénatale (en ce qui concerne les renseignements suivants)
  - Nom et prénom de la femme enceinte
  - Nom du mari
  - Profession
  - Adresse (No code, localité)
  - Enfants vivants
  - Date (approximative des dernières règles)
  - Poids de la femme enceinte
  - Mesure hauteur utérine
  - Bruits du coeur
  - Position du foetus
  - Eventuellement état du bassin
  - tension artérielle
  - Examen d'urines = albumine, sucre
  - Education sanitaire = thèmes choisis conjointement par la sage-femme et chef de poste
- Préparation de la femme à l'accouchement
- Mise en application de directives données par la sage-femme au cours de sa visite

B. Consultations postnatales

- Convocation de l'accouchée au dispensaire (avec son enfant)
- Soins au nouveau-né
  - Premiers soins après l'accouchement
    - Collyre
    - Signaler les malformations visibles à l'infirmier ainsi que toute anomalie évientie
    - Procéder après avis de l'infirmier a l'évacuation de ces cas de malformations
    - Pansements ombilicaux
    - Faire procéder à la vaccination au BCG
    - Présenter l'enfant au chef de poste pour tous les soins nécessaires.
- Surveillance des accouchées (pendant 3 à 4 semaines)
- Attitude à adopter en présence-
  - hémorragie importante
  - infection puerpérale
  - rétenion placentaire
  - anomalie du placenta

- Avertir et appeler au secours l'infirmier pour tout état évidemment anormal des suites de couches afin qu'il procède à l'évacuation.
- Vérifier pendant 8 jours l'état de l'utérus
- Vérifier les lochies
- Vérifier si la montée lactée est normale sinon évacuer
- Signaler toute anomalie de l'allaitement.

C. Consultation des nourrissons

De 0 à 1 an : 3 fois par an : taille - poids - état général
soins éventuels

De 1 à 2 ans: 4 fois par an : éducation sanitaire et nutritionnelle des mamans
thèmes choisis conjointement par le chef de poste et sage-femme
distribution de nivaquine

De 2 à 5 ans: 1 fois par an : poids - taille - état général
soins éventuels
distribution de nivaquine
éducation sanitaire et nutritionnelle des mères

II. VISITES DOMICILIAIRES

- Recensement des femmes enceintes
- Convocation pour les jours de consultations prénatales
- Enregistrement
- Prévoir les vaccinations à faire
- Etablir la composition de la famille
- Se faire présenter les autres enfants
- Noter leur âge
- Apprécier l'état de santé des membres de la famille et surtout des enfants
- Convoquer ceux qui doivent être consultés ou vaccinés

Tâches à accomplir

- Conseils d'hygiène générale et d'alimentation de la femme enceinte (hygiène individuelle, alimentaire)
- Conseils sur des vaccinations - leur calendrier
- Contrôler les vaccinations
- Education simple sur l'assainissement du milieu (eau potable, alimentation de l'enfant, propreté de la mère et de l'enfant)
- Se renseigner sur les causes d'échec ou les causes entravant un succès suffisant.

(Situation sociale de la famille)

- Etablir un bref rapport sur les renseignements pris ou les observations faites au cours de la visite
- Préparer une seconde visite de contrôle
- Evacuation des femmes enceintes ou nourrissons malades et mener les autres malades éventuels au poste de santé (ainsi qu'autres malades éventuels: grands-parents, cousins, etc.)

III. EDUCATION SANITAIRE ET NUTRITIONNELLE

Hygiène individuelle et collective

Hygiène corporelle (ce que la femme enceinte peut faire sans danger)

- Soins intimes
- Activités physiques et sportives, gymnastique
- Voyages
- rapports sexuels
- Sommeil, travail, etc...
- Colloque direct avec les femmes enceintes
- Hygiène alimentaire (régime sans sel, ce que la femme enceinte doit manger, ce qu'elle doit faire manger à son enfant aux différents âges
- Hygiène vestimentaire
- Hygiène générale

IV. VACCINATIONS

- aux nouveaux-nés = nourrissons à envoyer faire le BCG
- nourrissons: conseiller des différentes vaccinations, vérifier les vaccinations faites et celles à faire
- femmes enceintes; vérifier si la vaccination antitétanique a été faite pendant les derniers mois de la grossesse.

V. ACTIVITES CURATIVES

- Accouchements normaux à faire à domicile ou au dispensaire
Admission pour surveillance des femmes à la maternité rurale
- Evacuation de:
  - femmes enceintes primi gestes en travail depuis plus de 12 heures et dont la progression du bébé n'est pas satisfaisante
  - tout cas présentant une anomalie de la grossesse
  - femme en travail et pertes de sang, très anémiée, a des oedèmes
  - toute multipare en travail depuis plus de 8 heures de travail si la descente ne progresse pas.
- Soins infirmiers
aide apportée à l'infirmière
  - soins médicamenteux à la femme enceinte, à la femme en travail, aux nouveaux-nés, à la femme après accouchement
  - distribuer des médicaments préventifs et curatifs.

VI. COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

qui sont communiqués au chef de poste ou à la sage-femme

- A la maternité (et poste de santé)

- tenue à jour des cahiers de consultations prénatales
- tenue à jour des cahiers de consultations de nouveaux-nés et même de nourrissons
- tenue à jour des tableaux d'emploi du temps des graphiques des activités du calendrier des visites domiciliaires
- établissement du rapport mensuel

- A domicile

- tenue à jour des cahiers de recensement des femmes enceintes et nourrissons
- Communication succincte de renseignements sur:
  - hygiène maternelle et infantile
  - éducation sanitaire et nutritionnelle
  - malades dépistés et évacués
  - nouveaux-nés pendant la période périnatale
  - décès à domicile des nouveaux-nés et des mères.

SECRETARIAT D'ETAT AUX AFFAIRES
SOCIALES

Division du Développement
Communautaire

GUIDE DE SOINS AUX NOUVEAUX-NES EN MILIEU RURAL

par

M. Mitchell, O.M.S.
Ecole Secondaire de la Santé
Bamako, 1969

EMPLOI DE TEMPS

<u>Première journée</u>	Leçon 1
	Leçon 2
<u>Deuxième journée</u>	Leçon 3
	Leçon 4
<u>Troisième journée</u>	Leçon 5
	Leçon 6
	Leçon 7
<u>Quatrième journée</u>	Leçon 8
<u>Cinquième journée</u>	Leçon 9
<u>Sixième journée</u>	Répétition de la leçon 9

Chaque leçon dure une demi-heure.

Chaque cours prendra une demi-heure .... seulement
le neuvième cours prendra à peu près une heure
et demie.

Une trousse à préparer

Matériel nécessaire pour constituer une trousse (sur un tissu fermé par une cordelière et assez grand pour contenir le matériel cité ci-dessous).

- 1 paire de ciseaux.
- 1 cuvette (tassa) avec couvercle.
- 1 morceau du savon pour se laver les mains.
- du fil à coudre (blanc) pour préparer les ligatures du cordon.
- 12 compresses dans un sac en plastique.
- 12 boules de coton hydrophile dans un sac en plastique.
- 6 bandes de 8 cm de largeur.
- 1 bouteille d'huile d'arachide de 30 cc.
- 1 bouteille d'Argyrol à 2°/° avec compte gouttes 20 cc.
- 1 bouteille de mercurochrome 60 cc.
- 1 bouteille d'alcool 60 cc.
- 1 boîte d'allumettes.

L'Argyrol doit être renouvelé chaque mois

La cuvette en émail (tassa) doit être assez grande pour contenir la paire de ciseaux

LE PREMIER CRI DE L'ENFANT

Matériel nécessaire pour la démonstration: On prendra dans la trousse préparée à l'avance le morceau de savon et le sac de plastique contenant les compresses propres

Une table.

- 1 morceau de plastique de 2m sur 1 m qui doit recouvrir la table.
- 1 poupée.
- 1 boîte avec de l'eau.
- 1 calebasse pour l'eau sale et pour les compresses sales.
- 2 pagens propres (un pour placer sous le bébé si nécessaire et l'autre pour servir comme serviette)

Manière de faire le cours

Le professeur range le matériel sur la table et devant les élèves.
Il se lave les mains.

Le cours peut ensuite être présenté de la façon suivante:

"On attend avec impatience le premier cri du bébé. Il signifie que l'enfant est vivant. Habituellement le bébé crie aussitôt après sa naissance et il n'a besoin pour crier d'aucune aide.

Quelquefois si la mère a eu un travail long et pénible, le bébé est fatigué quand il est né: trop fatigué pour pleurer et il a besoin qu'on l'aide. Vous apprendrez à connaître comment se présente un bébé qui est fatigué quand il est né. C'est un bébé qui reste immobile, mou et pâle. On pourrait croire qu'il est mort, mais si vous placez vos doigts sur le coeur du bébé vous le sentez qui bat sous vos doigts.

Que doit-on faire ?

- Il faut mettre le bébé sur le pagne plié de façon que sa tête soit plus basse que son corps et tournée sur le côté.
- Prendre une compresse et envelopper autour du petit doigt de votre main droite en ayant soin de cacher toutes les franges.
- Avec la main gauche on ouvre la bouche du bébé en lui compressant les joues.
- Quand la bouche est ouverte on nettoie doucement l'intérieur avec le petit doigt enveloppé par la compresse. En ressortant le doigt on enlève la compresse et on la jette.
- On essuie doucement le corps du bébé et on l'enveloppe dans un pagne propre afin qu'il ne prenne pas froid.
- On doit surveiller chaque mouvement respiratoire. Il commence par faire un petit mouvement respiratoire, puis l'arrête, puis recommence après quelques secondes ainsi de suite .... Avec chaque petit mouvement respiratoire l'air entre et il prend de plus en plus de force. Sa couleur change; il devient rose et il commence à bouger.
- A ce moment-là, on doit lui donner des claques sur la plante des pieds. Il a peur et il crie !!! avec force... tout va bien.

- Maintenant on va s'occuper de couper le cordon. Besoin de tranquillité et de repos.

Après ces explications, on demande à chaque femme à venir se laver les mains et de pratiquer entre elles le nettoyage de la bouche comme il a été indiqué avec la compresse devant le professeur et devant leurs compagnes.

Deuxième cours

L'ENFANT OUVRE LES YEUX POUR LA PREMIERE FOIS

Matériel nécessaire pour la démonstration:

On prendra dans la trousse préparée à l'avance le morceau de savon, le sac de plastique qui contient les boules de coton propres et le flacon d'Argyrole avec le compte-gouttes.

- 1 table.
- 1 boîte avec de l'eau.
- 1 calèche pour l'eau sale et pour les boules de coton sales.
- 1 morceau de plastique de 2m sur 1m qui doit recouvrir la table.
- 1 poupée.
- 1 pagne.

Manière de faire le cours

Le professeur range le matériel sur la table et devant les élèves; il se lave les mains.

Le cours peut ensuite être présenté de la façon suivante:

"Au cours du trajet que le bébé a effectué pour venir au monde, il a tenu ses yeux bien fermés. Ainsi ses yeux n'ont pas pu être abîmés. Quand il est né, on peut voir que son visage est mouillé par le liquide qui était autour de lui ou par du sang. Si maintenant il ouvre ses yeux, le liquide ou le sang va entrer dans ses yeux et il peut avoir les yeux malades.

Que doit-on faire ?

- Si vous étiez là quand le bébé est né vous avez dû préparer le matériel comme nous l'avons fait.
- On prend une boule de coton dans chaque main et on essuie chaque paupière en allant du nez vers les oreilles, une fois seulement.
- Aussitôt après, on met une goutte d'Argyrol dans chaque oeil. L'Argyrol est utilisé depuis très longtemps partout dans le monde, et les médecins spécialistes pour les yeux disent que c'est encore le meilleur médicament pour éviter les maladies. On ne doit pas garder l'Argyrol plus d'un mois parce qu'il devient trop fort pour les yeux du bébé.

Ce n'est pas un médicament qui coûte cher. On peut donc le jeter après un mois et aller en demander d'autres."

Après ces explications, on demande à chaque femme de venir se laver les mains et de pratiquer entre elles le nettoyage des paupières. Ensuite, couchée sur le dos chacune d'elles doit recevoir une goutte d'Argyrol dans l'oeil.

Le professeur doit expliquer comment se servir d'un compte-gouttes.

On peut discuter la méthode traditionnelle de mettre les gouttes de jus de citron dans les yeux.

Le professeur doit expliquer que le jus de citron va brûler l'oeil du bébé et il y a un grand danger d'une maladie plus grave. Cette pratique est à déconseiller.

Troisième cours

LA PREPARATION D'UNE LIGATURE DU CORDON AVEC DU FIL A COUDRE

Matériel nécessaire pour la démonstration

On prendra dans la trousse préparée à l'avance le morceau de savon, les ciseaux, la cuvette (tassa) avec couvercle, le fil à coudre blanc, la bouteille d'alcool et les allumettes.

1 table.

1 morceau de plastique 2m sur 1m qui recouvre la table.

1 boîte avec de l'eau.

1alebasse pour l'eau sale.

Manière de faire la démonstration

Le professeur range le matériel sur la table et devant les élèves; il se lave les mains.

On met le fil à coudre et les ciseaux dans la cuvette (tassa). Prendre cinq fois une longueur de fil du bout des doigts jusqu'au coude.

Plier en deux et le rouler entre les doigts et le pouce de la main droite. Faire un noeud à chaque extrémité.

La ligature doit être solide, épaisse afin de ne pas couper le cordon.

Après ces explications et la démonstration, chaque femme doit être entraînée à faire les gestes suivants:

1. comment tenir une paire de ciseaux.
2. comment couper avec les ciseaux.
3. comment laver les ciseaux avec l'eau et savon.
4. comment flamber les ciseaux dans la cuvette en émail.
5. comment préparer une ligature.
6. comment en se lavant les mains on peut aussi nettoyer les ligatures.

BIEN INSISTER SUR LA PLACE DES CISEAUX QUI EST DANS LA CUVETTE ET JAMAIS AILLEURS.

Quatrième cours

LA LIGATURE ET LA SECTION DU CORDON

Matériel nécessaire pour la démonstration

On prendra dans la trousse préparée à l'avance le morceau de savon, les ciseaux, la cuvette (tassa) avec couvercle, deux ligatures du cordon ou du fil à coudre pour faire les ligatures, la bouteille d'alcool, le sac de plastique qui contient les compresses propres et la boîte d'allumettes.

- 1 table.
- 1 boîte avec de l'eau.
- 1 calebasse pour l'eau sale et pour les compresses sales.
- 1 poupée avec une corde d'environ 25cm; figurant le cordon ombilical.
- 2 pagnes.

Manière de faire la démonstration.

Le professeur range le matériel sur la table et devant les élèves; il se lave les mains.

- Place les ciseaux dans la cuvette en émail (tassa) et les flamber.
- Prendre dans la main droite les deux ligatures et se laver les mains et les ligatures en même temps.
- Placer les ligatures lavées dans la cuvette qui a été flambée et qui contient déjà les ciseaux.
- Couvrir la cuvette avec le couvercle.

(Répétition des deux premiers cours... c'est-à-dire on va couper le cordon après "le premier cri ... et après le bébé a ouvert ses yeux..." On attend que le battement du cordon a terminé.

- Placer la première ligature à deux doigts de l'ombilic et faire un noeud double en tirant fortement.
- Placer la deuxième ligature à deux doigts après la première ligature.

LA LIGATURE DOIT COMPRIMER LES TROIS VAISSEaux QUI SONT DANS LE CORDON ET EMPECHER TOUTE FUITE DE SANG APRES LA SECTIONIL FAUT DONC QUE LE NOEUD SOIT SOLIDE ET SERRE

- Couper le cordon entre les deux ligatures.
- Prendre le cordon avec la compresse et entre les doigts et pouce LE POUCE, bien l'examiner: le bout du cordon doit être pâle et il ne doit pas y avoir aucune goutte de sang.
- On laisse la compresse sur le cordon jusqu'à ce que l'enfant soit baigné.
- Envelopper le bébé dans un pagne propre.

Après la démonstration, chaque femme doit venir, se laver les mains avec deux ligatures dedans et pratiquer la ligature et la section du cordon.

MALI

Bamako

- Dr. Sangaré, Directeur du Cabinet, Ministry of Health
- Dr. Seydou Ousmane Diallo, Médecin-Chef de la Division de la Santé Familiale, Directeur Général Adjoint de la Santé Publique
- Dr. Samba, Médecin-Coordinateur de la Région de Bamako
- Dr. Sory Ibrahime Kaba, Médecin-Coordinateur de la Région de Tombouctou
- Tony Carvalho, UNICEF
- Miss Edith Matte, WHO Public Health Nurse, Project Mali/SHS/001
- Mrs. Diawarra, Midwife, Ecole Secondaire de la Santé Publique
- Mrs. Dolo Fatou Cissouma, Midwife, WHO
- Mrs. Sy, Midwife, Hôpital Gabriel Touré

Ouelesseboucou Training Center

- Mr. Gaoussou-Togo, Director of Training Center for Rural Matrons
- Mrs Camara, Midwife
- One Traditional Birth Attendant

Sikasso

- Dr. A. Diallo, Directeur Régional de la Santé Publique, Hôpital de Sikasso
- Mrs. Diallo, Midwife, Hôpital de Sikasso

Ségou

- Dr. Barahy Coulibali, Médecin-Chef de la Région, Hôpital de Ségou
- Mrs. Diawarra, Chef de Service du Développement Communautaire, Opération Riz, Ségou

NIGER

Department of Niamey

- Dr. Ibrahim Abdou, Médecin-Chef, Department of Niamey
- Mr. Amadou Boukary, Infirmier d'Etat, Department of Niamey
- Mrs. Wallis Cox, Director of GARE
- Nel Derik, Midwife, Oullam
- Mrs. Dupuis, Director of Social Affairs and PMI, Ministry of Health
- Laoualy Haladou, Animation, Department of Niamey
- Mr. Bagnou Idrissa, Director of Animation

- Mr. Boubacar Issa, Director, Enseignement de l'Education Sanitaire et de la Nutrition (DEESN), Ministry of Health
- Mrs. Kansaye, Head of Animation, Niamey Arrondissement
- Mrs. Djibo Maiouna, Animatrice, Gullam
- Judy Major, Health Training Director, Peace Corps
- Miss Ky Nguyen, WHO Nurse/Midwife, Ministry of Health
- Dr. Talfi, Director, Division of Hospitals, Ministry of Health
- TBAs: Eight TBAs in Niamey Arrondissement
- Dr. Wright, Secretary-General of Health, Ministry of Health

UPPER VOLTA

Ouagadougou

- Mrs. Atijan, WHO Public Health Nurse, Ministry of Health
- Delphine Bere, Midwife, Maternity Yangado (plus six other midwives)
- Dr. Compore, Director General, Ministry of Health
- Josephine Gissou, Sociologist, Société Africaine d'Etudes et de Développement (S.A.E.D.)
- Dr. Kambiré, Director of Professional Training, Ministry of Health
- Dr. Keyelem, Director General of Public Health, Ministry of Health
- Scholastique Korpaore, UNESCO Project Director, Egalité d'Accès des Femmes et des Jeunes Filles à l'Education
- Mrs. Ivanka Markovic, WHO Nurse, Ministry of Health
- Dr. F. Martin-Samos, WHO Representative
- Brenda McSweeny, Assistant Representative of UNDP
- Cynthia Moore, Peace Corps Volunteer
- Dr. Max Nebout, Ministry of Health
- Mrs. Traoré, State Minister of Social Affairs, Ministry of Social Affairs
- Mrs. Troué, UNICEF
- Mike Wiest, Director, Catholic Relief Organization
- ~~Jeanne Songo, President of the Upper Volta Women's Confederation.~~ ~~President of the Upper Volta Women's Confederation~~

Yako

- Dr. Gourrier, Médecin-Chef, Yako Medical Center
- State Nurse

Fada-N'Gourma

- Dr. Mary Françoise, Frères des Hommes, Fada-N'Gourma Regional Hospital
- One Auxiliary Midwife (matrone rurale)

Kongoussi

- Mr. Gabriel Ouedraougo, UNESCO Center
- Mrs. Sawadogo, Nurse/Midwife, Kongoussi Medical Center
- Two TBAs in Yalka (near Kongoussi)

CAMEROON

Yaounde

- Dr. Abane, Chief of Service of Rural Medicine and Public Health Demonstration Zones (DASP)
- Mrs. Awasum, Chief of Health and Nursing Personnel Training Service, Ministry of Health
- Dr. Abdoulaye Souaibou Bobo, Director of Public Health, Ministry of Health
- Dr. Bowen, Chief of Maternal and Child Health Service (PMI)
- Dr. Candy, Catholic NUN, USAID Consultant
- Dr. Dackey, WHO Representative, Ministry of Health
- Jane Guyer, Anthropologist
- Dr. Al Henn, Health Nutrition and Population Division, RDO/Yaounde, USAID
- Liz St. Hilaire, Director of CESSI
- Dr. Dan Lantum, Coordinator of the Public Health Unit, University Center for Health Sciences (CUSS)
- Dr. Mafiamba, Deputy Director of Health, Ministry of Health
- Mrs. Mimbang, Midwife, Health and Nursing Personnel Training, Service, Ministry of Health
- Mrs. Moulom, Director, National School of Nursing, Midwifery and Sanitary Engineering
- Dr. Boniface Nasah, Chief, Obstetrics/Gynecology, CUSS/Central Hospital

- Mr. Ndney, Director of Community Development, Ministry of Agriculture
- Mr. Norrel Noble, Peace Corps Assistant Director/Health
- Dr. Robert Nzhe, Director of Research and Statistics, Ministry of Health
- Mr. Franklin Rakotoarivony, UNICEF Resident Administrator

Bamenda

- Dr. Yongbang, Provincial Medical Officer, Obstetrics/Gynecology, Bamenda Hospital
- Rebecca Chie and Mrs Ordelia Kukun, Midwives at School of Nursing and Midwifery
- Manko Health Center
- Mambok Health Center
- One Traditional Midwife, Bamenda

Ekoko IV and D'Ekali I

- Seven Traditional Midwives

DEMOGRAPHIC STATISTICS: SENEGAL, MALI, NIGER,
UPPER VOLTA, CAMEROON

Country	Population			% popu- lation growth rate	crude birth rate/ 1,000	crude death rate/ 1,000	popula- tion density per km ²
	1975 (in mil- lions)	% rural	% urban				
Senegal	4,418	71.7	28.3	2.43	47.2	22.9	25
Mali	5,697	86.6	13.4	2.5	49.4	24	4.4
Niger	4,592	90.5	9.5	2.76	51.7	24.1	4
Upper Volta	6,032	91.7	8.3	2	47.9	24.8	22
Cameroon	6,400	75	25	2.1	43	23	13.8

Source: WHO/Brazzaville