

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'Yirimadjo, dans le sud-est de la capitale malienne, Bamako, a quasiment été divisé par dix en trois ans à la suite de la mise en place d'un nouveau modèle de soins de santé par le ministère de la Santé malien et les ONG Tostan et Muso. Le nouveau modèle consiste à aller chercher les patients de façon proactive afin de les soigner.

Une [étude](#) menée par des chercheurs de la Harvard Medical School et de l'université de Californie-San Francisco (UCSF) et portant sur le programme a été publiée dans la revue scientifique PLoS ONE cette semaine. Elle révèle que la mortalité des moins de cinq ans est passée de 155 décès pour 1 000 enfants à 17 décès pour 1 000.

« L'intervention était fondée sur une hypothèse simple, mais puissante », a dit Ari Johnson, chercheur auprès de l'école de médecine de l'UCSF et co-auteur de l'étude. « Serait-il possible d'éviter un nombre important de décès chez les enfants en réorganisant et en redéfinissant la façon dont les systèmes de santé atteignent les patients à un stade précoce ? »

Alors que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a enregistré un déclin dans l'ensemble du pays au cours des dix dernières années – passant d'une moyenne de 197 décès pour 1 000 enfants en 2002 à 130 pour 1 000 en 2012 –, les chercheurs affirment que cette intervention a produit des résultats spectaculaires.

M. Johnson a dit que l'intervention avait, pour parvenir à ces résultats, remis en question certaines des conventions clés régissant le fonctionnement des systèmes de santé.

« Quand je vois des patients [aux États-Unis], par exemple, je suis assis dans une clinique ou un hôpital, et j'attends qu'ils viennent à moi », a-t-il dit. « C'est comme ça que fonctionnent habituellement les systèmes de santé, que ce soit au Mali, aux États-Unis ou dans le reste du monde. C'est un système réactif », a dit M. Johnson. « Mais que se passerait-il si les systèmes de santé déployaient des prestataires chargés d'aller chercher les patients chez eux, de manière proactive, et des organisateurs communautaires chargés, dans le même temps, de mobiliser les membres de leur communauté pour qu'ils amènent leurs enfants dès le premier jour de la maladie ? »

Telle était l'idée derrière le nouveau système de santé instauré à Yirimadjo.

Réinventer les soins de santé

Les ONG Muso et Tostan ont axé leur redéfinition du système de santé autour d'un « accès ultra rapide » aux soins et aux services de prévention. Elles sont parties du constat selon lequel le facteur temps joue un rôle central dans premières causes de mortalité infantile, au Mali et partout ailleurs dans le monde. En effet, de nombreuses maladies évoluent rapidement dès l'apparition des premiers symptômes. La directrice exécutive et fondatrice de Tostan, Molly Melching, a dit que cette approche pouvait être décrite comme offrant des « soins proactifs en porte-à-porte ».

Les agents de santé communautaires ont été formés pour chercher de manière proactive patients malades et femmes enceintes afin de les mettre en relation avec des services, chez eux ou au centre de santé local. Les organisateurs communautaires ont également fait appel à un réseau d'orientation rapide, par lequel il a été appris aux ménages à identifier les enfants malades et à les faire soigner dès l'apparition des premiers symptômes.

Des programmes éducatifs et de renforcement de l'autonomie ont été menés en parallèle pour enseigner à leurs bénéficiaires à résoudre les causes premières de la pauvreté qui déclenchent la maladie. Il s'agit d'amener les gens à comprendre leurs droits et leurs responsabilités en termes de santé, de développement et de protection de l'enfant, a dit Mme Melching.

« Notre objectif a toujours été d'éduquer les gens au niveau communautaire et de leur donner les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions et assurer leur propre développement ou celui de leur communauté », a-t-elle dit. « C'est ainsi que le changement devient durable. »

Le programme prévoyait également une collecte de fonds pour payer les frais de santé à ceux qui ne peuvent se les permettre. C'est en effet l'un des principaux obstacles à l'obtention d'une couverture universelle de santé.

Grâce à cette approche, le nombre de visites – à domicile ou en clinique – a été décuplé entre 2008 et 2011. Le taux de traitement précoce du paludisme chez les enfants a presque doublé pendant la même période, selon les chercheurs.

Bien qu'aucun élément de ce nouveau système santé ne soit inédit – tous avaient déjà été testés, et beaucoup fonctionnent actuellement à plus grande échelle, sous une forme ou une autre, en Afrique subsaharienne –, c'était la première fois qu'une intervention combinait toutes ces stratégies clés et redéfinissait leur fonctionnement pour optimiser la fourniture de soins, a dit M. Johnson.

Approche proactive

D'autres ONG, y compris Médecins sans Frontières (MSF), ont adopté une approche proactive et obtenu des résultats probants en termes de réduction de la mortalité infantile au Mali.

Au poste de santé de Konseguela, à Kouitiala, dans la région de Sikasso, MSF a mis en place un programme de deux ans prévoyant la distribution d'antipaludéens à tous les enfants – qu'ils soient atteints ou non de la maladie – pendant les quatre mois que dure la saison du paludisme. L'ONG a également fourni des moustiquaires et des tests de diagnostic rapide du paludisme et enseigné aux travailleurs communautaires à mesurer la circonférence du bras pour évaluer la perte de poids. Les cas de paludisme ont chuté de 67 pour cent, les décès par paludisme, de 72 pour cent et les hospitalisations (toutes maladies confondues, y compris [la malnutrition](#)), de 63 pour cent.

Pour M. Johnson, la priorité est maintenant d'amener d'autres communautés à adopter une approche proactive.

Plus de 6,6 millions d'enfants de moins de cinq ans sont décédés dans le monde en 2012. Dans la plupart des cas, les maladies dont ils sont morts étaient évitables et curables (comme la diarrhée, la pneumonie et le paludisme).

« Les institutions internationales investissent des millions de dollars dans les pays en développement du monde entier pour réduire la mortalité infantile, que ce soit [par le biais d']antibiotiques, de sels de réhydratation, etc. », a dit M. Johnson. Que ces investissements soient gaspillés ou utiles dépend de la rapidité et de la fourniture de soins et de services de santé préventifs, a-t-il dit.

Toutes les parties impliquées dans cette intervention ont dit qu'il était important de noter que l'étude avait ses limites. Les chercheurs affirment notamment qu'il est impossible d'attribuer la baisse de la mortalité infantile à la seule intervention en l'absence de groupe contrôle. D'autres facteurs, comme les changements démographiques – y compris l'immigration – pourraient aussi avoir joué un rôle.

Les chercheurs prévoient de mettre en place un suivi pour mieux déterminer le rôle de chaque élément de l'intervention dans la réduction de la mortalité infantile.

« C'était l'occasion pour nous de réinventer ce qui est possible », a dit M. Johnson. « Maintenant, il ne nous reste plus qu'à nous fixer des objectifs beaucoup plus ambitieux. Et je pense que, même au-delà de 2015, nous devrions aspirer à ramener bien plus près de zéro le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans à l'échelle mondiale. »