

Réclamons nos droits

Survivre à la grossesse et à
l'accouchement au Mali

Centre pour les droits reproductifs
Association des juristes maliennes

©2003



L'histoire de Fatoumata

Elle essayait d'avoir un autre fils

Elle s'appelait Fatoumata. C'était ma mère. Elle est morte il y a 12 ans; moi je venais juste d'avoir 16 ans. Je n'oublierai jamais.

Elle était la deuxième femme de notre père. Elle avait déjà huit enfants dont six filles. Elle voulait avoir d'autres garçons et elle avait plus de 45 ans. Chez nous, la grossesse se cache et la femme n'annonce jamais aux autres membres de la famille qu'elle attend un enfant donc c'est lorsque la grossesse est devenue bien visible que j'ai appris en même temps que les autres. Avec le temps, j'ai compris qu'elle était contente car, elle espérait avoir un troisième garçon. Souvent, elle se moquait d'elle-même en disant que cet enfant à naître sera celui d'une vieille femme et que ce sera son dernier.

Ma mère travaillait comme infirmière obstétricienne dans une maternité, occupation qu'elle a continuée jusqu'à la date de l'accouchement. Elle aimait causer avec sa coépouse et ses amies qui venaient fréquemment à la maison après les heures de travail.

Je crois que c'est vers le huitième mois qu'elle a commencé à s'inquiéter. Elle disait tout le temps qu'elle avait des appréhensions parce qu'elle avait constaté que cette grossesse était différente des autres qu'elle avait vécues. Elle priait Dieu pour que tout se passe bien. Sa coépouse la rassurait en lui disant qu'aucune grossesse ne se ressemble ; qu'elle même ayant eu six grossesses, à chaque fois c'était une expérience différente. Ma mère disait que dans tous les cas, elle s'en remettait à Dieu.

Un matin, d'après ce que j'ai compris, le travail a commencé. En fait depuis la veille au soir, elle souffrait. Vers environs 16 heures, elle a été conduite à la maternité qui n'était pas très loin. Elle n'a pas pu accoucher. Elle a été transportée à l'hôpital à 18 heures où elle devait subir une césarienne. Elle est décédée au cours de l'opération. Le bébé était un garçon mais il était déjà mort.

Je ne suis pas au courant des conditions sanitaires de l'hôpital, mais je sais que l'accueil s'est bien passé puisqu'elle faisait partie du corps de la santé et qu'elle était accompagnée par son amie qui est sage-femme. Elle avait fait une hémorragie. J'ai appris par la suite qu'elle avait fait une rupture utérine.

Je suis la première fille de ma mère donc nous étions très proche. Cela est très important chez nous. Elle m'avait déjà responsabilisée par rapport à beaucoup de choses notamment m'occuper de mes frères et sœurs. Avec son décès, j'étais complètement désorientée et j'ai perdu tous mes repères. Je suis devenue très malade et depuis, je n'ai pas pu me ressaisir. Tout le monde se sentait perdu dans la famille, même sa coépouse pour laquelle elle faisait beaucoup et qui le lui rendait bien. Mon père, lui a eu énormément de peine. Il s'est aussitôt remarié sur les conseils de proches parents afin que cette nouvelle femme vienne aider notre marâtre à nous élever. Cela a été une grosse erreur car cela a d'avantage perturbé notre vie. Certaines de mes sœurs ont été données en adoption protection.



Chapitre I

Droits contre réalité : résultats de l'enquête

Des milliers de Maliennes, tous les ans—un chiffre estimé à 3.000 en 1995—ne survivent pas à la période menant de la grossesse à l'accouchement.¹⁹ Pour la plupart de ces femmes, le mariage dès l'âge de 16 ans et, souvent peu après, un accouchement, c'est généralement la règle.²⁰ La plupart de ces femmes ont subi une forme de mutilation génitale féminine.²¹ Nombre d'entre elles doivent parcourir de longues distances pour atteindre les structures assurant un minimum de soins obstétricaux. La plupart de ces structures manquent de matériels de base et peu sont équipées pour prendre en charge des urgences obstétricales. Leur personnel manque très souvent de formation et de supervision. Qui plus est, la décision de se procurer leurs services n'incombe souvent pas à la femme enceinte ; ce sont le mari ou les beaux-parents qui déterminent comment les ressources familiales sont dépensées et si des soins seront recherchés en dehors de la communauté.

Les normes juridiques et de politique internationales jettent les bases de la reconnaissance du droit à la survie à la grossesse et à l'accouchement en tant que droit humain fondamental pour les femmes de tous les pays du monde. Le gouvernement malien a ratifié les conventions internationales pertinentes et s'est donc engagé à respecter ces normes au nom de tous ses citoyens.²² La réalité de centaines de milliers de Maliennes est, toutefois, que la grossesse et l'accouchement continuent de constituer une menace importante pour leur vie. Il en résulte une violation du droit de la femme à survivre à la grossesse et à l'accouchement—en fait, de **leur droit à la vie**. Les nombreux facteurs qui contribuent à cette violation peuvent être examinés selon des catégories correspondant à trois droits distincts : le **droit aux soins de santé**, le **droit à la non-discrimination** et le **droit à la liberté de choix en matière de reproduction**.

Le gouvernement du Mali, comme tous les gouvernements, a le devoir non seulement de s'abstenir de violer directement les normes en matière de droits humains, mais aussi d'intervenir en cas de violation généralisée des droits humains par des tierces personnes. Les gouvernements sont également tenus d'aider à

prévenir les violations des droits humains en réactualisant leurs lois et politiques et en engageant des fonds pour améliorer les infrastructures de services sociaux afin que tous les citoyens—surtout les femmes et les filles—puissent jouir de la gamme complète de leurs droits humains, notamment les droits de la reproduction.

Les résultats de l'enquête ont été organisés en fonction des droits en question, en indiquant à la fois les actions gouvernementales qui compromettent ces droits ainsi que les réalités socio-culturelles qui contribuent à la mortalité maternelle et qui nécessitent l'attention et l'intervention du gouvernement.

A. LE DROIT AUX SOINS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Le droit international garantit à toute personne le droit de jouir « du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». ²³ Les Etats sont donc tenus de garantir l'accès universel aux services de soins de santé nécessaires. Dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement, ces services comprendraient: des soins qualifiés au moment de l'accouchement ; l'accès à des soins vitaux durant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum; des soins prénatals; l'accès aux contraceptifs, à des services assurant des avortements sans risques et des soins post-abortum. ²⁴

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'organisation des Nations Unies chargée de surveiller l'implémentation des Etats du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, fournit un cadre pour l'identification des insuffisances manifestes dans la mise en œuvre par les gouvernement du droit à la santé. Dans son Observation générale sur le Droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, le Comité a noté que le droit à la santé comprenait quatre « éléments essentiels étroitement liés » : **la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité.** ²⁵ Durant notre enquête, le Centre pour les droits reproductifs et l'AJM ont identifié des insuffisances dans la fourniture de soins de santé aux femmes maliennes pour chacun de ces éléments.

1. Disponibilité des soins

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a spécifié que des « installations, des biens et des services, ainsi que des programmes » fonctionnels en matière de soins de santé devaient être disponibles « en quantité suffisante ». ²⁶ Ces

installations, biens et services devraient comprendre « des hôpitaux, des dispensaires et d'autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels... ».27

Le gouvernement du Mali n'a pas encore garanti même la disponibilité des soins de santé maternelle de base pour de larges segments de la population. Les soins de santé au Mali sont caractérisés par un manque de structures de santé, de graves pénuries de ressources matérielles, et un manque de ressources humaines. Quarante trois pour cent des femmes ne reçoivent pas de soins de santé prénatale²⁸ et seulement 16% des femmes ont accès aux soins de santé post-natale.²⁹ Comme cela a déjà été noté, juste 26% de tous les accouchements sont assistés par des prestataires qualifiés.³⁰ Si la faible utilisation des services est imputable à un certain nombre de facteurs, le manque de structures équipées et dotées de personnel est un obstacle indéniable à la disponibilité des soins de santé. La pression de la société pour que les femmes aient des enfants, associée au manque d'environnement favorable pour ce faire, crée un climat dans lequel la santé et le bien-être de la femme sont sérieusement compromis.

a. Manque de structures de santé

A partir de 1991, avec de fortes incitations et une assistance financière de la Banque mondiale, ainsi que l'appui de l'UNICEF, le Mali a mis en œuvre une politique de décentralisation des soins de santé.³¹ Cette politique a conféré la responsabilité des soins de santé primaire au village ou « commune » et a prévu que les centres de santé communautaires sont destinés à constituer le premier point de contact des Maliens avec le système de soins de santé.³² Les centres de santé de référence du cercle, et aux niveaux régionaux et nationaux, sont financés et supervisés par l'Etat, à travers le Ministère de la Santé.³³ Les centres de santé communautaires, en contraste, qui assurent un ensemble minimum d'activités préventives, curatives et promotionnelles en matière de soins de santé, sont établis avec l'appui financier du gouvernement, mais sont entretenus par les communes qu'ils servent.³⁴ Cette absence d'appui étatique a abouti à une grave détérioration des conditions dans les centres de santé communautaires où les rénovations sont souvent suspendues³⁵ et où les équipements, les fournitures, la supervision du personnel et la prise en charge des

soins sont tout à fait inadéquats.³⁶

En outre, du fait que les communes diffèrent dans leurs niveaux de prospérité et dans la volonté de leurs membres à contribuer aux coûts des soins de santé, il y a des différences significatives entre centres de santé communautaires. Il y a donc une jouissance inégale des soins de santé à travers le pays. Le fonctionnement des structures sanitaires peut également être affecté par des développements économiques qui ont un impact particulier sur certaines parties du pays. Par exemple, une récente crise du coton dans le Sud a entraîné une incapacité à verser les salaires des travailleurs de la santé locaux et une baisse de la qualité des soins de santé.³⁷

Le nombre de structures sanitaires ne suffit pas pour répondre aux besoins de la population, qui est largement dispersée dans les zones rurales. Seulement 32% des femmes rurales vivent à moins de 5 km d'un centre de santé communautaire.³⁸ Seulement 38,7% vivent dans un rayon de 15 km d'une telle structure.³⁹ Les hôpitaux sont même moins accessibles pour ces femmes ; seulement 2,5% vivent dans un rayon de 5 km d'un hôpital et 2,7% vivent à moins de 15 km d'un hôpital.⁴⁰

b. Manque de ressources matérielles

Là où il y a effectivement des centres de santé, ceux-ci sont mal équipés pour répondre aux besoins des femmes en matière de soins de santé primaires.⁴¹ Les conditions requises préalables requises pour la fourniture de soins—comme l'éclairage, les moyens de stérilisation du matériel et la réfrigération—font défaut.⁴² Avec de telles pénuries de matériels, la capacité technique de ces structures est faible.⁴³ Dans la commune rurale de Loulouni, situé dans la région de Sikasso, par exemple, le centre de santé communautaire a un besoin pressant d'équipements et de ressources matérielles de base. L'infirmier d'Etat supervisant le centre de santé dès sa petite salle de consultation poussiéreuse et mal éclairée, dresse la liste des équipements manquants : une table d'examen, une table d'accouchement et des lits.⁴⁴ Si les normes de fournitures de services nécessitent que les femmes passent 48 heures dans les centres de santé après l'accouchement, la structure de Loulouni n'est pas équipée pour faire face aux besoins des femmes pendant une période de cette durée. Elle ne dispose pas des conditions de base comme l'électricité et les moustiquaires.⁴⁵

La situation n'est guère meilleure dans un centre de santé communautaire près de Bamako, la capitale. Le médecin en charge souligne que le centre dépend de l'énergie solaire parce qu'il n'y a pas d'électricité. La salle d'accouchement est petite et mal aérée. Il n'y a pas de salle réservée aux nouveaux-nés. Les médicaments et les équipements manquent, ainsi que des moyens de stériliser les équipements.⁴⁶

La capacité de ces centres de santé à assurer un traitement d'urgence est encore plus limitée.⁴⁷ Ces centres ne disposent ni de médicaments pour les soins d'urgence, ni de suffisamment de sang pour les transfusions⁴⁸ et ont des moyens limités pour garantir la sécurité du sang disponible.⁴⁹ En outre, un système de référence—et le programme d'assurance communautaire correspondant—n'a pas été solidement mis en place dans toutes les communes. En conséquence, le personnel de santé local peut ne pas savoir où référer les femmes en cas de complications, particulièrement quand ces femmes manquent de moyens pour faire face aux coûts des services ou du transport vers de grands centres hospitaliers.⁵⁰ Non seulement les prestataires locaux ne sont pas formés pour identifier les signes d'alerte,⁵¹ mais en outre, il n'y a souvent ni ambulances, ni autres moyens pour amener les femmes dans des centres où elles pourraient recevoir des soins d'urgence, en temps voulu.⁵² Et on ne voit pas exactement où ces femmes iraient même si elles étaient en mesure de payer pour le déplacement.

La réussite de tout système de référence dépend de l'existence d'une structure de santé bien équipée qui peut répondre aux besoins des femmes ayant des complications.⁵³ Cependant, au Mali, même les hôpitaux financés par l'Etat—des structures directement supervisées par l'Etat—ne disposent pas de matériels de base. On peut prendre l'exemple d'un hôpital régional de Ségou pour illustrer le problème. L'hôpital est sérieusement sous-équipé : il ne dispose pas de médicaments, de gants, de tables d'examen et il n'y a pas de personnel qualifié.⁵⁴ Notre enquête a révélé des pénuries de ressources matérielles similaires dans un hôpital voisin à Markala, où une sage-femme nous a signalé qu'il lui manquait des trousseaux d'accouchement, un spéculum, un stéthoscope, des plateaux, du liquide de lavage, des gants, des seringues et des aiguilles.⁵⁵

Un des ressources matérielles dont les hôpitaux maliens manquent le plus est le sang pour les transfusions.⁵⁶ Le gouvernement malien n'a pas mis en place un système efficace pour en garantir un approvisionnement adéquat. Un prestataire

DANS LA MATERNITÉ

A l'hôpital régional de Ségou, les femmes sont assises par terre, à l'extérieur, à la porte de la maternité, nombre d'entre elles visiblement enceintes, certaines tenant des bébés. Pour lutter contre la chaleur, les portes du bureau sont grandes ouvertes, et une couche de poussière couvre les sols, les murs et le mobilier rare. D'autres femmes, à l'intérieur, sont assises à même le sol. Dans les salles d'examen et d'accouchement, la sage-femme nous montre des fuites au plafond et l'équipement dégradé. L'unique salle d'accouchement dispose de trois tables d'accouchement—toutes, dit la sage-femme, sont en général utilisées en même temps. La maîtresse sage-femme nous signale qu'elle a besoin de matériels de base, comme des tables d'accouchement et des médicaments. La sage-femme continue la liste d'éléments qui lui manquent : antiseptiques, boîtes d'accouchement, boîtes de césarienne, lits roulants, chariot médical, médicaments d'urgence, ventouses, et plus. Dans les salles de réveil dans la pénombre, abritant au moins 12 femmes, les matelas minces sont recouverts d'un assortiment de tissus et de couvertures que les femmes ont apportées de chez elles. Il n'y a pas assez de lits, et une femme est couchée sur le sol.

relate l'histoire d'une femme qui est arrivée à l'hôpital avec une hémorragie et en état de choc après l'accouchement. La femme est morte parce que l'hôpital n'avait pas le sang dont elle avait besoin pour une transfusion sanguine qui lui aurait sauvé la vie.⁵⁷ Le directeur de l'hôpital note qu'il rencontre de sérieuses difficultés pour disposer d'un approvisionnement en sang adéquat. Même quand les femmes font des hémorragies, dit-il, les membres de leurs familles refusent souvent de donner leur sang. En outre, il est illicite de payer des gens pour recueillir leur sang, de sorte que l'hôpital a une capacité limitée à collecter du sang auprès du public. La pénurie qui en résulte oblige le directeur de l'hôpital à se rendre à la base militaire locale et à proposer aux soldats 1.000 fr. CFA (environ 1,50 dollars U.S.) pour des collectes de sang. La pratique est illicite, mais elle répond à une nécessité.⁵⁸

c. Manque de ressources humaines

Le gouvernement malien a reconnu qu'il y avait un manque de personnel médical

formé.⁵⁹ En 1997, il n'y avait que 543 médecins, 1.549 infirmiers et infirmières et 353 sages-femmes dans l'ensemble du pays.⁶⁰ Ce manque de personnel s'explique en partie par la modicité des salaires des professionnels de la santé.⁶¹ Comme l'a souligné un médecin ayant une clientèle privée : « Il faut que les gens puissent manger ». Elle a dit que les médecins passent souvent plus de temps à se demander comment joindre les deux bouts qu'à penser à leur travail.⁶² En outre, le moral des prestataires de soins est ébranlé quand les structures ne sont pas équipées pour répondre aux besoins des patients. Comme l'a dit une sage-femme qualifiée, le gouvernement doit « mettre les gens dans des conditions de travail correctes ».⁶³

En outre, il y a une répartition inégale des prestataires de soins de santé à travers le pays, ce qui crée de grandes disparités dans la qualité des soins.⁶⁴ En 1997, 57% des médecins du pays résidaient à Bamako, tout comme 41% des infirmiers et 64% des sages-femmes formées.⁶⁵ Le manque de sages-femmes formées en dehors de Bamako a des implications particulièrement inquiétantes pour les femmes qui accouchent. La totalité de la région de Ségou ne disposait que de 22 sages-femmes qualifiées, alors que celles de Sikasso et de Mopti n'en disposaient que de 18 et 16 respectivement.⁶⁶ En raison des faibles salaires et des conditions de travail pénibles, il est difficile d'attirer des prestataires de soins vers les zones rurales ou même de maintenir en place le personnel existant.⁶⁷

Le Plan décennal de développement sanitaire et social du gouvernement, adopté en 1998, énonce que les centres de santé communautaires devraient disposer d'un médecin, d'un infirmier d'Etat, d'un infirmier formé aux soins obstétricaux, d'un gérant de dépôt de médicaments et d'un technicien de laboratoire.⁶⁸ La politique elle-même reconnaît que, selon les estimations, seulement 5% de ces centres seront ainsi dotés d'ici 2007.⁶⁹ Le gouvernement a préconisé qu'au minimum, les centres soient dotés d'un infirmier d'Etat, d'une matrone (distincte de la sage-femme formée) et d'un gérant de dépôt.⁷⁰ En effet, pour la plupart des femmes, les matrones et les praticiens traditionnels sont les premiers contacts durant la grossesse et l'accouchement.⁷¹ (Bien que les matrones, contrairement aux praticiens traditionnels, aient reçu une formation de base et aient les niveaux d'éducation de base,⁷² elles ne sont pas considérées comme des « prestataires qualifiés », selon les normes internationales.

Alors que de l'avis général, il faut davantage de sages-femmes formées pour

PERSONNES QUI ASSISTENT À L'ACCOUCHEMENT AU MALI⁷³

	DOCTEUR	INFIRMIÈRE OU SAGE-FEMME	MATRONE
Bamako :	5,8%	86,4%	2,9%
Mopti :	1%	12%	7,1%
Sikasso :	0,6%	13,1%	32,1%
Ségou :	1,2%	14,8%	6,7%

prendre en charge les accouchements, il n'y a même pas suffisamment de matrones pour faire face à la demande.⁷⁴ Au centre de santé communautaire de Loulouni, par exemple, nous avons appris que non seulement il n'y avait pas de sages-femmes dans les environs, mais qu'en outre, il n'y avait que trois matrones pour s'occuper de 22 villages.⁷⁵ De même, dans la localité de Niéna, les 35 à 50 accouchements par mois dans le centre de santé communautaire se font entièrement avec l'assistance de matrones.⁷⁶

Une des principales raisons de la répartition inégale du personnel de santé est que les communes ne sont pas en mesure d'assurer la sécurité de l'emploi aux prestataires qu'elles embauchent.⁷⁷ Les salaires sont souvent payés en retard et il n'y a pas de garantie d'emploi stable.⁷⁸ Les prestataires de soins sont souvent découragés de devoir travailler dans des conditions difficiles où ils se retrouvent comme unique employé, où les équipements essentiels manquent et où les nouvelles technologies ne sont pas disponibles.⁷⁹ En outre, les communes ne sont pas en mesure de fournir un logement et un véhicule à leur personnel et souvent de leur payer un salaire décent.⁸⁰ Ces facteurs conduisent souvent ces prestataires locaux à abandonner leurs postes pour trouver des emplois plus sûrs auprès de l'Etat.⁸¹ Il est particulièrement difficile d'attirer des sages-femmes mariées vers les zones rurales où il n'y a pas de possibilités d'emploi pour leurs conjoints. Souvent, les sages-femmes vivent séparées de leur famille.⁸²

Les problèmes de personnel ne se limitent pas aux prestataires de soins de santé. Un directeur d'hôpital nous a dit qu'il n'avait pas un seul manœuvre rémunéré dans son personnel. Il y avait plutôt un certain nombre de personnes travaillant à l'hôpital en tant que « bénévoles » qui accomplissaient différentes tâches et qui attendaient des pourboires des patients.⁸³

2. Accessibilité des soins

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a abordé les différentes dimensions de l'accessibilité.⁸⁴ Nul ne peut être privé de services pour des raisons discriminatoires ; les services devraient être physiquement accessibles, d'un coût abordable et l'information relative à ces services devrait être accessible.⁸⁵ L'accessibilité de l'information comprend « le droit de rechercher, de recevoir et de répandre l'information et des idées relatives aux questions de santé ».⁸⁶

a. Accessibilité physique

La majeure partie du Mali est en zone rurale et les centres de santé sont souvent trop distants des villages habités par les femmes.⁸⁷ Les routes sont non goudronnées ou mal entretenues et les villages sont parfois séparés des structures de soins de santé par des cours d'eau.⁸⁸ En outre, il n'y a pas d'ambulances dans la plupart des zones et la majeure partie des femmes n'ont pas accès à des véhicules de type quelconque—elles doivent soit marcher, soit être transportées à bicyclette ou par charrette tirée par un âne.⁸⁹

Il faut davantage de centres de santé communautaires pour réduire la distance que les femmes doivent parcourir pour avoir accès aux soins.⁹⁰ Alors que la plupart des femmes interrogées pour ce rapport ont déclaré avoir eu accès aux soins prénatals, celles qui n'y ont pas eu accès ont mentionné l'éloignement du centre de santé comme principale raison pour n'avoir pas recherché de tels soins.⁹¹

b. Accessibilité économique

Avec la réforme du secteur de la santé au début des années 90, des frais de consultation ont été imposés aux femmes recherchant des soins obstétricaux. Le coût de ces soins est excessif pour la plupart des femmes au Mali.⁹² Les femmes sont non seulement tenues de payer les prestataires, mais on leur demande souvent de payer pour les matériels tels que les gants et les tests d'urine.⁹³ Le seul fait de se rendre à des structures de soins de santé peut entraîner des frais supplémentaires pour les femmes rurales.⁹⁴ Comme le note un prestataire, « parfois les femmes viennent sans un sou ; elles n'ont pas de moyens ».⁹⁵

Certaines communes ont mis en place un fonds spécial ou « mutuelle » pour subventionner l'accès des femmes aux soins d'urgence durant l'accouchement.⁹⁶

Une estimation a été faite du nombre d'actes médicaux spéciaux (tels que les césariennes) qui seront nécessaires au cours d'une année donnée, sur la base de la demande antérieure. Des contributions financières ont été faites par divers acteurs, notamment les résidents de la commune, les centres de santé et les ONG. Le fonds qui en résulte permet à la femme de couvrir les coûts de l'acte médical spécial et du séjour à l'hôpital. Les fonds permettent également l'achat d'un système de radio et d'une ambulance. Un système de ce type a été mis en place à Loulouni. Selon le chef du centre de santé de cette localité, le système n'est pas encore parfait et a besoin d'une évaluation plus poussée.⁹⁷ La réussite de ces systèmes dépendra de la précision des estimations concernant le nombre de femmes ayant des complications qui doivent être référées et de la disponibilité de structures qui peuvent répondre aux besoins de ces femmes.

c. Information sur les services

Un certain nombre des personnes interrogées ont déclaré que les femmes devaient être davantage sensibilisées sur l'importance des soins prénatals et de l'assistance médicale durant l'accouchement.⁹⁸ Nombre de femmes au Mali n'ont pas recours à des soins prénatals,⁹⁹ ou attendent, pour le faire, d'être dans leur septième ou leur huitième mois.¹⁰⁰ Selon un représentant d'une ONG, il arrive souvent que « la première consultation se fait à l'accouchement ».¹⁰¹ Sans soins durant les premiers stades de la grossesse, il n'y a pas de possibilité d'identifier et de prendre en charge les complications potentielles, d'informer les femmes sur les premiers signes d'alarme pour des complications graves ou d'aider les femmes à élaborer un plan d'urgence au cas où des complications surviendraient durant l'accouchement.¹⁰² Beaucoup de femmes commencent à accoucher à domicile, et puis se rendent en urgence au centre de santé quand une complication survient.¹⁰³ Certaines des personnes interrogées ont parlé de la difficulté d'atteindre les femmes dans les zones rurales. Comme l'a souligné un responsable local de Ségou, « il y a des endroits où l'information n'arrive pas ».¹⁰⁴

La nécessité de l'information va au-delà de l'éducation sur la santé. Selon un membre de la communauté des ONG à Bamako, la plupart des femmes ne manquaient pas d'information. Cette personne a estimé qu'il y avait une incapacité à communiquer de manière à changer le comportement d'une femme enceinte.¹⁰⁵

Selon certains, il était important de transmettre son message en veillant à ne pas rebuter les femmes,¹⁰⁶ particulièrement concernant des questions aussi sensibles que les MGF/E et la planification familiale.¹⁰⁷ La sexualité, qui reste un sujet de discussion tabou dans de nombreuses communautés, doit être abordée avec une certaine prudence.¹⁰⁸

La dernière « Enquête Démographique et de Santé » a découvert que seulement 11% des maliennes peuvent être considérées comme lettrées.¹⁰⁹ Ainsi les femmes illetrées sont limitées dans leur capacité à rechercher par elles-mêmes l'information sur la santé maternelle.¹¹⁰ En conséquence, ces femmes dépendent souvent des prestataires de soins pour leur information.¹¹¹ Malheureusement, de nombreux prestataires ne fournissent pas d'information adéquate aux patientes et peuvent se montrer peu sensibles aux besoins des femmes en matière d'information durant la période prénatale.¹¹² Les femmes auxquelles nous avons parlé ont témoigné du peu de communication d'information durant leurs grossesses, en déclarant qu'elles recevaient des prestataires des conseils confus et contradictoires.¹¹³ Certaines ont déclaré que lorsqu'elles se rendaient à l'hôpital en se plaignant de douleurs, elles étaient renvoyées sans aucune explication.¹¹⁴ Elles ont fait appel à une démystification du processus de la grossesse.¹¹⁵ Dans certains cas, les prestataires ont des moyens limités pour communiquer cette information, et ont déclaré avoir besoin d'affiches, de diapositives et d'autres supports visuels qui peuvent toucher davantage de femmes.¹¹⁶

En l'absence d'informations médicales sérieuses et de communication effective de la part du milieu médical, de nombreuses femmes se fient aux différentes rumeurs et aux divers mythes sur la santé maternelle et infantile. Il y a plusieurs idées fausses qui empêchent les femmes de recourir aux soins dont elles ont besoin. Par exemple : la croyance que lorsqu'une femme enceinte traverse un cours d'eau, son bébé mourra¹¹⁷ et que l'absorption de comprimés de fer donnera au bébé un teint jaune.¹¹⁸ En même temps, beaucoup de femmes n'ont pas connaissance des risques réels associés à la grossesse.¹¹⁹ Souvent, quand elles commencent à avoir des complications, elles pensent que ceci fait normalement partie de la grossesse et elles ne recherchent pas de soins.¹²⁰ Même quand elles ont des signes qui peuvent annoncer une complication, elles estiment qu'elles doivent faire preuve de courage et ne pas demander d'aide.¹²¹ De même, beaucoup de femmes qui ont déjà eu un

accouchement estiment que les suivants seront plus faciles et qu'il n'y a donc aucun risque à accoucher à domicile.¹²² En outre, peu de femmes sont conscientes des risques potentiels entraînés par les MGF/E pour la santé maternelle.¹²³

Chaque milieu a ses propres mythes sur la grossesse, et les pratiques varient d'une communauté à l'autre.¹²⁴ Une coutume répandue est la pratique de cacher sa grossesse jusqu'à ce que quelqu'un la découvre.¹²⁵ La croyance est que si vous annoncez votre grossesse, vous invitez l'intervention des mauvais esprits. Alors, non seulement les femmes n'annoncent pas leur grossesse, mais de plus, elles n'ont pas recours à des soins prénatals en temps voulu. De même, les femmes enceintes sont soumises à certains tabous alimentaires. Il leur est demandé de ne pas consommer certains des aliments dont elles ont particulièrement besoin.¹²⁶ Par exemple, on leur dit que si elles consomment des œufs, leur enfant sera muet.¹²⁷ Une autre pratique néfaste pour la santé maternelle est l'utilisation d'un onguent végétal appelé kana, qui provoque le travail.¹²⁸ Le kana peut entraîner des complications obstétriques graves.¹²⁹

Le manque d'information parmi les femmes est aggravé par la méfiance générale vis-à-vis de nombreux centres de santé et hôpitaux.¹³⁰ Un employé d'une ONG à Bamako a parlé d'un « cercle vicieux », les femmes préférant accoucher à domicile parce qu'elles pensent courir davantage de risques de décès dans les structures de santé. Celles qui ont des complications peuvent rechercher des soins d'urgence dans des structures qui ne sont pas en mesure de les sauver. Quand d'autres femmes apprennent ces décès, leur crainte des soins organisés est renforcée et elles continuent de s'abstenir d'y avoir recours.¹³¹ La résistance à la médecine organisée peut être renforcée par la culture généralisée du fatalisme quand il s'agit de la survie de la femme. Selon les mots d'une femme de 51 ans à Mopti, « tout dépend du bon Dieu ».¹³²

3. Acceptabilité des soins

Le Comité des droits économiques sociaux et culturels énonce que « [I]es installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus ... et des communautés [et] réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie... ».¹³³ La mission d'enquête au Mali a

révélé un mécontentement général concernant la manière dont les femmes sont traitées dans les structures de santé publiques.

Nombre de personnes ont signalé que les femmes étaient mal traitées par les prestataires de soins.¹³⁴ Ces prestataires traitent souvent les femmes démunies et les adolescentes de manière particulièrement insultante.¹³⁵ Plusieurs femmes qui ont accouché à l'hôpital ont parlé du traitement peu respectueux qu'elles avaient subi dans cette institution.¹³⁶ Selon une femme de 26 ans qui a déjà accouché deux fois, à Bamako, il faudrait « donner des conseils aux sages-femmes à s'intéresser aux femmes » dont elles ont la charge.¹³⁷ Comme l'a noté un représentant d'une ONG, les prestataires n'adaptent pas leurs soins aux besoins de leurs différentes patientes ; par exemple, un prestataire peut noter par écrit la date du prochain rendez-vous d'une patiente, tout en sachant pertinemment que la patiente est illettrée.¹³⁸

Il semble également d'après les résultats de notre enquête que quelques prestataires de soins exigent des femmes des paiements supplémentaires, prétendument pour couvrir les frais de fournitures.¹³⁹ Bien que ceci soit illégal, certaines sages-femmes sont disposées à faire des accouchements à domicile, contre paiement. Ces sages-femmes demandent souvent des « cadeaux » importants après l'accouchement, en faisant bien comprendre qu'elles seront disponibles pour le prochain accouchement si les femmes sont prêtes à payer.¹⁴⁰ Les services dans certains hôpitaux publics dépendent également de paiements supplémentaires versés par des prestataires. Un prestataire dans un cabinet privé a noté que « l'hôpital est devenu privé », faisant référence au fait que les coûts non officiels de l'accouchement dans les hôpitaux sont actuellement à la hauteur des tarifs pratiqués dans les cliniques privées.¹⁴¹

Les témoignages de plusieurs femmes ont semblé indiquer que les soins dans les cliniques privées étaient de meilleure qualité. Une représentante d'une ONG qui avait elle-même accouché deux fois dans une clinique privée et trois fois à l'hôpital public a indiqué qu'elle avait reçu de meilleurs soins dans la clinique privée.¹⁴² A la clinique, où il y avait à la fois des gynécologues et des sages-femmes, elle avait été traitée avec respect et les locaux étaient propres. Dans l'hôpital public, elle avait reçu des soins du même médecin que dans la clinique privée. Toutefois, en l'absence du médecin, elle avait trouvé les sages-femmes inattentives à ses besoins. Ainsi, quand elle leur signalait qu'elle avait des douleurs, elles étaient très

lentes à réagir pour s'occuper d'elle ou ne lui apportaient aucune aide.¹⁴³

Par contre, dans les discussions sur les causes de la mortalité maternelle, les prestataires ont souvent fait état du comportement des patientes. Beaucoup d'entre eux ont déclaré que, quand les femmes peuvent recevoir des soins prénatals de manière régulière et accoucher dans un centre de santé ou un hôpital, elles n'ont généralement pas de problèmes significatifs durant l'accouchement.¹⁴⁴ Selon ces prestataires, les décès maternels surviennent quand les femmes vont à l'hôpital à la dernière minute, ayant déjà une hémorragie ou souffrant déjà d'une infection.¹⁴⁵

4. Qualité des soins

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a spécifié que « les installations, biens et services de santé doivent ... être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité ».¹⁴⁶ Pour garantir la qualité des soins il faut, entre autres, « du personnel médical qualifié [et] des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés ».¹⁴⁷ La qualité des soins s'est dégradée au Mali pour de multiples raisons. Dans de nombreux cas, diverses composantes du système de santé ne fonctionnent pas bien ou manquent de coordination. Parmi ces composantes figurent la formation et la capacité du personnel médical.

a. Évaluations nécessaires des « systèmes de santé »

La qualité des soins au Mali pourrait être améliorée à travers une évaluation plus large des capacités et des insuffisances du système de santé existant, particulièrement quand des décès maternels ou des complications graves surviennent. Le « Programme Near Miss » (« fallu de peu ») relève d'un effort visant à améliorer la capacité du système de santé à prendre en charge les complications obstétricales au Mali. Il s'agit d'un programme test qui, en 2000, était en train d'être mis en œuvre dans deux hôpitaux (Point G et Commune 5).¹⁴⁸ Le programme s'applique aux cas où la vie d'une femme a été en danger au cours d'un accouchement, en raisons de complications telles que l'éclampsie, des infections ou des hémorragies graves durant ou après l'accouchement.¹⁴⁹ Dans ces cas, une étude interne est menée pour examiner les mesures qui auraient dû être prises et déterminer où il y a eu des problèmes dans les soins fournis.¹⁵⁰ La femme elle-même est interrogée afin de voir

comment la qualité des soins aurait pu être améliorée. L'ensemble du personnel est ensuite interrogé, dans un cadre confidentiel, pour déterminer comment chacun pense qu'il aurait pu mieux faire son travail. Tous les employés participent à ce processus—des médecins aux chauffeurs d'ambulance.¹⁵¹ Une synthèse est alors faite des réponses et une résolution en vue d'une action future est adoptée.¹⁵² Ainsi, à partir de chaque « near miss », des leçons sont tirées sur les voies et moyens d'améliorer la qualité des soins. On espère que ce programme sera reproduit dans d'autres cercles.¹⁵³ Des programmes similaires sont en place au Bénin, au Maroc et au Ghana.¹⁵⁴

b. Manque de formation

Il y a un besoin général d'amélioration de la formation des prestataires de soins de santé, avec un accent sur la constitution de compétences pratiques.¹⁵⁵ Les programmes de formation en faveur des prestataires doivent bénéficier d'une meilleure supervision et d'une meilleure information en retour, et fournir une opportunité d'apprentissage sur le tas.¹⁵⁶

Un certain nombre de prestataires ont fait état du fait qu'il fallait davantage de formation continue.¹⁵⁷ Il n'y a pas d'opportunités pour poursuivre la formation continue, ou elles sont inadéquates.¹⁵⁸ La formation continue pourrait prendre la forme de séminaires de formation,¹⁵⁹ de bourses d'étude,¹⁶⁰ ou de programmes d'échange qui permettraient au personnel de voir comment les soins sont assurés dans d'autres pays de la région.¹⁶¹ Les opportunités de formation sont actuellement offertes sur une base ponctuelle. Par exemple, à Niéna, une fois, une sage-femme consacre 15 jours à former des matrones. Cette formation est parrainée par une œuvre de bienfaisance française et ne traduit pas une politique ayant une couverture géographique plus large.¹⁶² Bien que les experts maliens et internationaux soient d'accord que la priorité est de mettre des prestataires plus qualifiés dans les centres de santé communautaires, notamment les médecins, sages-femmes et les infirmiers obstétricaux,¹⁶³ nombreux sont ceux qui soulignent la présence actuelle, dans les centres de santé communautaires, de matrones qui profiteraient d'une formation adéquate.¹⁶⁴ En outre, puisque la majeure partie de la population continue d'avoir confiance en les tradi-praticiens et de recourir à leurs services, plusieurs gens avec qui nous avons parlé appuient des efforts d'améliorer les capacités de ces

prestataires.¹⁶⁵

Nombre de ceux que nous avons interrogés ont souligné l'importance de la formation de l'ensemble des prestataires de soins—des tradi-praticiens aux médecins—concernant les signes d'alarme des complications possibles durant l'accouchement.¹⁶⁶ Si les prestataires de soins peuvent au moins, à n'importe quel niveau, identifier les facteurs de complication, ils peuvent référer le patient à une structure de santé plus compétente.¹⁶⁷ Les personnes interrogées ont mis l'accent sur le fait que la formation devait être axée sur la mise en place d'une équipe médicale efficace, dans laquelle chaque prestataire joue un rôle crucial, mais qui encourage également une répartition des tâches reposant sur la reconnaissance de différents niveaux de compétence.¹⁶⁸

La formation est nécessaire non seulement pour constituer la capacité du personnel de santé, mais aussi pour assurer le respect des normes et des procédures nationales en matière de qualité des soins.¹⁶⁹ Le Ministère de la Santé a initié des formations sur les normes et procédures nationales à travers le pays.¹⁷⁰ Cet effort a bénéficié de l'assistance du FNUAP, de l'UNICEF et de l'USAID.¹⁷¹ La plupart des prestataires résidant en dehors de Bamako que nous avons interrogés ont déclaré avoir suivi au moins une formation initiale sur ces nouvelles procédures.¹⁷² Une sage-femme nous a dit avoir suivi une formation de dix jours en faveur des prestataires de la région. La formation était destinée à permettre aux participants de former d'autre prestataires.¹⁷³ Neuf mois après la diffusion des normes, les formations n'ont pas encore touché tous les prestataires.¹⁷⁴

c. Manque de réglementation

Le personnel n'est pas tenu de rendre compte de ses actes, en partie en raison d'une réglementation inadéquate. Cette absence d'obligation redditionnelle a mené à des cas de négligence dans les structures de soins de santé. Il y a également une incapacité à garantir le respect des normes nationales de fourniture de services. Une plus grande responsabilisation des prestataires de soins favoriserait l'amélioration de la qualité des soins.

Là où les soins sont de mauvaise qualité, ceci est souvent en raison des conditions démoralisantes dans lesquelles les prestataires sont tenus de travailler.¹⁷⁵ Il y a une absence apparente de réglementation et de supervision des prestataires¹⁷⁶

et les patients ont une possibilité limitée de tenir le personnel de soins de santé pour responsable devant la loi pour mauvaise pratique.¹⁷⁷ L'application des normes et procédures nationales n'est pas uniforme et le respect de ces normes varie d'une institution à l'autre.¹⁷⁸ Selon un observateur d'une ONG, par exemple, « dans certains centres de santé, les équipements ne sont pas désinfectés ».¹⁷⁹

La négligence dont fait preuve le personnel de soins de santé a été signalée comme un problème.¹⁸⁰ Des femmes interrogées à Sikasso, par exemple, ont noté la médiocrité des soins dans l'hôpital régional.¹⁸¹ Ces femmes ont signalé le cas de sages-femmes permettant à des bénévoles non formés dans des hôpitaux de faire des accouchements et d'autres interventions pour lesquelles ils n'étaient pas qualifiés.¹⁸² Il y a eu un certain nombre de récits concernant des prestataires qui pratiquaient des interventions allant bien au-delà de leurs domaines de compétence.¹⁸³ Un prestataire a raconté qu'il y avait des balayeurs d'hôpitaux qui faisaient des injections.¹⁸⁴ Un représentant d'une ONG a cité le cas d'une infirmière d'Etat qui avait pratiqué des interventions chirurgicales, provoquant la mort de nombreuses personnes, mais qui n'avait jamais été poursuivie et sanctionnée.¹⁸⁵

L'enquête semble indiquer que les pharmaciens, en particulier, avaient besoin d'être mieux réglementés.¹⁸⁶ Il y a beaucoup d'incohérence dans l'établissement des prix des médicaments.¹⁸⁷ Dans certains cas, les patients sont tenus de payer pour des médicaments qui devaient être gratuits.¹⁸⁸ Ceci constitue un obstacle majeur pour la fourniture de soins de santé, car les femmes peuvent déjà ne guère être en mesure de faire face aux frais des visites médicales.

Les associations professionnelles des différents prestataires de soins, telles que l'Ordre des sages-femmes, l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens sont les plus à même de surveiller la qualité des soins.¹⁸⁹ Ces organes sont guidés par des codes de déontologie qui établissent les normes de fourniture de soins de qualité. Ainsi, le Code de déontologie médicale spécifie qu'un médecin doit assister et prendre soin de tous les patients avec le même dévouement et sans discrimination aucune, et il lui est interdit de pratiquer la médecine dans des conditions qui pourraient compromettre la qualité des soins de santé.¹⁹⁰ Les Ordres médicaux devraient être habilités à examiner les violations des normes professionnelles.¹⁹¹ Avec davantage de ressources, ils devraient être en mesure de mener des évaluations ou des inspections périodiques pour garantir la qualité des soins.¹⁹² Ils pourraient

également mener des investigations sur les plaintes déposées par des patients qui ont été victimes de négligence médicale.

Plusieurs facteurs privent les femmes de la jouissance de leur droit à des soins de santé qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. La disponibilité des soins est entravée par le manque de structures et la pénurie de ressources matérielles et humaines. L'accessibilité des soins de santé est freinée par le manque d'information chez les femmes, et parallèlement, par la prédominance des idées fausses et des mythes qui entourent la grossesse et l'accouchement. L'acceptabilité des soins est compromise par les prestataires de soins qui traitent les femmes, particulièrement celles à faible revenu, de manière peu respectueuse et qui restent insensibles à leurs besoins. Enfin, la qualité des soins pâtit de l'absence de réglementation adéquate s'appliquant aux prestataires de soins et au manque de formation continue pour ceux-ci.

B. LE DROIT À LA NON-DISCRIMINATION

Le statut social de la femme est un facteur déterminant significatif dans sa capacité à survivre à la grossesse et à l'accouchement. La discrimination généralisée peut être perpétuée par les lois et politiques formelles. Elle peut également être manifeste dans les pratiques néfastes visant à contrôler les femmes, particulièrement leur vie sexuelle et reproductive. Aux termes de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) l'expression « discrimination à l'égard des femmes » vise « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes ... sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine ». ¹⁹³ Là où la distinction, l'exclusion ou la restriction compromettent la vie de la femme durant la grossesse et l'accouchement, celle-ci est privée de la jouissance de son droit à la vie au même titre que les hommes.

Bien que les femmes constituent 52% de la population du Mali,¹⁹⁴ les inégalités de genre, reflétées dans le droit formel, ainsi que dans les pratiques socio-culturelles, les privent de la jouissance de leurs droits. Selon la CEDAW, il incombe aux Etats non seulement de s'abstenir d'actes de discrimination à l'égard des

femmes, mais aussi de « [m]odifier les schémas et modèles de comportement socio-culturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes ».195 Le gouvernement du Mali peut donc être tenu pour comptable non seulement de sa propre discrimination directe, mais aussi de son incapacité à intervenir pour éradiquer les pratiques socioculturelles qui marginalisent les femmes ou qui leur portent préjudice.

Le gouvernement malien a entamé une phase de réforme de la justice et particulièrement du droit de la famille. S'il aboutissait, le statut de la femme s'en retrouverait significativement rehaussé et certains des aspects juridiques discutés dans cette section—y compris l'âge au premier mariage, le devoir d'obéissance au mari, et la dot—seraient amendés. Pourtant, des ONG maliennes ont remis en cause l'engagement de l'Etat à garantir l'égalité aux femmes, car il permet la perpétuation d'une discrimination de facto grave dans les sphères socio-économique et politique.196 Les politiciens n'ont pas fait d'investissements budgétaires substantiels pour accompagner les réformes juridiques et les déclarations de politique visant à promouvoir l'égalité de l'homme et de la femme. Pour que les lois et politiques soient effectives, toute réforme juridique visant l'amélioration du statut de la femme devrait s'accompagner de campagnes de vulgarisation et de sensibilisation.197

Quatre manifestations de la discrimination entre les genres ont un impact particulier sur la capacité des femmes à survivre à la grossesse et à l'accouchement : la faible participation des femmes à la vie politique, la pratique des MGF/E, celle du mariage des enfants et le faible statut de la femme au sein de la famille.

1. Participation politique des femmes

L'absence de participation politique des femmes est reflétée tant au niveau national que local. Moins de 10% des responsables publics élus sont des femmes.198 En 2000, il n'y avait que 18 femmes membres du Parlement, sur un total de 143, et seulement 11 femmes sur les 701 maires.199 Trois des 22 ambassadeurs du Mali étaient des femmes, et sur les 52 procureurs, il n'y avait pas une seule femme.200 Cette faible participation et faible représentation politique reflètent bien les

obstacles sociaux auxquels les femmes continuent d'être confrontées tant dans les sphères publique que privée.

Dans le contexte de la fourniture de soins, les femmes n'ont guère voix au chapitre dans les décisions de gestion des centres de santé communautaires. En conséquence, l'impact de genre de certaines décisions de politique peut ne pas être pris en compte.²⁰¹ Un agent de développement communautaire a noté que dans le contexte des soins de santé, ce sont les femmes qui ont les plus grands besoins, mais ce sont les hommes qui gèrent les centres de santé communautaires.²⁰² Certains ont préconisé des campagnes de vulgarisation pour sensibiliser les populations sur le rôle que les femmes peuvent et devraient jouer dans la gestion des centres de santé communautaires.²⁰³

2. Mutilations génitales féminines/Excision

Il y a un certain nombre de pratiques néfastes qui affectent la sécurité des femmes durant la grossesse et l'accouchement, notamment les MGF/E qui affectent la vie et le bien-être de 94% des femmes maliennes en âge de procréer.²⁰⁴ Les MGF/E sont le nom collectif donné à plusieurs pratiques différentes qui impliquent l'ablation des organes génitaux féminins.²⁰⁵ Elles sont pratiquées dans toutes les régions du Mali, avec presque les mêmes taux de prévalence dans les zones urbaines et rurales.²⁰⁶ Une ordonnance récemment adoptée établit un programme national visant la prévention des MGF/E par la recherche, l'éducation et la vulgarisation, mais ne prévoit pas l'interdiction criminelle de la pratique.²⁰⁷ Alors que le gouvernement a appuyé des activités d'éducation et de vulgarisation pour mettre un terme aux MGF/E, ces efforts n'ont pas abouti à une baisse notable de la pratique.²⁰⁸

Bien que n'étant imposées par aucune des grandes religions,²⁰⁹ la pratique des MGF/E est profondément ancrée dans la culture malienne : 80% des femmes excisées souhaitent que cette pratique continue.²¹⁰ Les filles sont excisées à un âge de plus en plus précoce, passant de 8,8 ans pour les femmes actuellement âgées de 45-49 ans (seulement 4% des femmes ont été excisées après 15 ans) à 6,7 ans à l'heure actuelle pour les filles excisées.²¹¹

Une étude récente au Mali a montré que les femmes qui avaient subi des MGF/E risquaient davantage d'avoir des complications à l'accouchement. L'étude

a également montré que ces risques de complications étaient d'autant plus grands que l'ablation était plus grave.²¹² Les formes des MGF/E les plus courantes au Mali sont celles de Type I (excision du prépuce, avec ou sans excision d'une partie ou de la totalité du clitoris) et de Type II (excision du clitoris, avec ablation partielle ou totale des petites lèvres).²¹³ Le Type III (ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale) est rare au Mali, mais on en compte un petit nombre.²¹⁴ Tandis que des études ont montré que les mutilations de Type III étaient très couramment associées à un travail lent et laborieux, les complications des Types I et II peuvent entraîner des problèmes durant l'accouchement, notamment des cicatrices vulvaires et vaginales qui peuvent entraver l'accouchement.²¹⁵ En outre une infection et une inflammation peuvent se produire au moment de la mutilation, ce qui mène à des adhérences vulvaires qui rétrécissent ou qui obstruent l'ouverture vaginale. Là encore, il peut en résulter un travail long ou entravé.²¹⁶ Tous les prestataires de soins ne sont pas en mesure de prendre en charge de tels problèmes.²¹⁷

3. Mariage des enfants

L'âge minimum pour se marier étant de 15 ans pour les filles,²¹⁸ l'âge moyen à la première union pour les femmes actuellement âgées de 25-49 ans est de 16,5 ans, et 22,5% des femmes se marient dès l'âge de 15 ans.²¹⁹ A 15 ans, environ 11% des jeunes femmes sont enceintes. A 17 ans, 38% des jeunes femmes ont déjà eu un enfant ou sont enceintes et à 19 ans, plus de deux tiers des femmes (69%) ont entamé leur vie reproductive, et 61% ont déjà accouché d'au moins un enfant.²²⁰ La situation des jeunes femmes dans les zones rurales est plus grave, avec 49% des adolescentes en milieu rural qui deviennent mères, contre seulement 28% des adolescentes dans les zones urbaines.²²¹

Les grossesses précoces font courir un certain nombre de risques. Les jeunes femmes qui portent une grossesse avant que leur bassin ne soit pleinement formé souffrent souvent de complications, notamment de travail lent et laborieux.²²² Quand ces complications n'entraînent pas la mort, elles peuvent causer des lésions chroniques, telles que les fistules ou les perforations des voies génitales qui causent des écoulements de la vessie ou du rectum dans le vagin.²²³

4. Statut de la femme au sein de la famille

La femme au Mali est généralement sous-estimée au sein de la famille. Elle est essentiellement appréciée pour son rôle d'épouse et de mère—des rôles qu'elle assume dès un jeune âge. Aux termes de la loi, la mari est le chef de famille,²²⁴ et la femme a vis-à-vis de son mari un devoir « d'obéissance », alors que le mari lui doit « protection ».²²⁵ La polygamie est une pratique légalement autorisée et largement répandue au Mali, particulièrement dans les zones rurales. Elle touche 43% des femmes et 24% des hommes.²²⁶ Seul l'homme a le droit de décider si le mariage sera monogamique ou polygamique.²²⁷ Selon la loi, la capacité juridique de la femme peut être limitée par contrat de mariage.²²⁸

La grossesse précoce, avec le mariage, empêche de nombreuses jeunes femmes de poursuivre leurs études dans l'enseignement supérieur. L'inscription dans les écoles primaires et secondaires est beaucoup plus faible pour les filles que pour les garçons, mais l'inscription des filles chute de manière drastique, de 33% à l'école primaire à 7% dans les écoles secondaires.²²⁹ De même, les femmes ne constituent que 32,7% de la force de travail.²³⁰ Toutefois, elles travaillent généralement de manière informelle, sans rémunération,²³¹ malgré un taux salarial minimum national garanti aux termes du Code du travail.²³² Les femmes disposent de peu de ressources économiques, manquent d'accès au crédit, et ont un accès limité à la formation professionnelle.²³³

En outre, les attitudes traditionnelles concernant le rôle adéquat qui incombe à la femmes la relègue dans le foyer, et les femmes qui travaillent en dehors de chez elles sont l'exception.²³⁴ En dépit des garanties du droit au travail de la femme, il n'y a pas de loi qui la protège du harcèlement sexuel sur le lieu de travail.²³⁵ Les attitudes traditionnelles, la discrimination et l'absence de protections juridiques entravent la promotion économique des femmes et renforcent leur dépendance économique vis-à-vis des hommes. Elles sont ainsi privées de la possibilité d'exprimer leurs besoins et de prendre des décisions indépendantes sur leur santé.

Les femmes sont souvent perçues comme un investissement financier,²³⁶ perception renforcée par la sanction juridique de la pratique de la dot dans le Code du mariage et de la tutelle.²³⁷ Elles sont généralement tenues d'accomplir leurs tâches régulières même quand elles sont enceintes où qu'elles se rétablissent d'un

accouchement. Ainsi, elles sont surchargées de tâches ménagères, ce qui les rend plus faibles avant et après l'accouchement.²³⁸ La tension et la fatigue associées à ces tâches peuvent contribuer à accroître les risques de complication.²³⁹ Dans de nombreuses communautés, la grossesse est considérée comme un rite de passage pour les femmes. Les femmes enceintes ne reçoivent donc aucun traitement spécial et sont tenues d'être les premières levées le matin et les dernières couchées.²⁴⁰

Mêmes enceintes, les femmes s'assurent que les autres membres de la famille ont assez à manger avant de manger elles-mêmes.²⁴¹ En raison d'une alimentation inadéquate, de nombreuses femmes souffrent d'anémie, qui pourrait aggraver les risques et la sévérité des complications durant la grossesse, comme les hémorragies.²⁴² Ceci est particulièrement vrai pour les femmes multipares et les adolescentes.²⁴³ Etant donné la fragilité des infrastructures sanitaires, cette condition peut contribuer au risque de décès maternel. Une femme de 30 ans faisant sa troisième grossesse n'avait pas recherché de soins prénatals et souffrait d'une anémie sévère car elle ne mangeait pas assez. Elle a commencé à saigner abondamment durant l'accouchement mais il n'y avait pas de sang pour lui faire une transfusion. Elle a été transportée à l'hôpital, mais est morte durant son transfert.²⁴⁴

En outre, la violence domestique, qui est également liée au statut de la femme au sein de la famille, contribue à la vulnérabilité de la femme enceinte.²⁴⁵ Un représentant d'une ONG nous a parlé d'un homme de sa connaissance—un vigile—qui avait battu sa femme enceinte au point de provoquer une fausse couche. Par la suite, cette femme était décédée des suites de complications.²⁴⁶

La discrimination à l'égard des femmes au Mali prend diverses formes, qui contribuent toutes à la vulnérabilité des femmes durant la grossesse et l'accouchement. L'exclusion des femmes des rôles de prise de décision contribue à marginaliser les femmes et reflète un manque de réponse du gouvernement aux besoins et conditions physiologiques des femmes. Les pratiques traditionnelles néfastes, notamment les MGF/E, ont des effets directs sur la capacité physique des femmes à supporter l'accouchement. Enfin, les lois et politiques formelles, telles que celle relative à l'âge minimum pour le mariage et le faible statut des femmes au sein de la famille compromettent davantage leur vie dans un contexte de soins de santé peu à même de prendre en compte les complications de la grossesse et de l'accouchement.

C. DROIT À LA LIBERTÉ DE CHOIX EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

L'appui au droit à la liberté de choix en matière de reproduction se trouve dans les instruments de droits humains qui garantissent l'autonomie dans la prise de décisions concernant les questions personnelles. Ces dispositions comprennent la protection du droit de décider librement et de manière responsable du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances,²⁴⁷ du droit à l'intégrité physique,²⁴⁸ du droit à la liberté,²⁴⁹ et du droit à la vie privée.²⁵⁰

L'absence de liberté de choix en matière de reproduction pour les femmes a des effets concrets sur la santé de celles-ci. Elles sont non seulement empêchées de planifier leurs grossesses, ce qui leur permettrait de réduire les risques associés à des grossesses multiples et rapprochées, mais en outre, les femmes enceintes peuvent être empêchées de rechercher les soins dont elles ont besoin.

1. Perception de la femme en tant que mère

Il y a généralement une forte attente sociale pour que la femme porte beaucoup d'enfants dans son cycle de vie, et de nombreuses femmes continuent de le faire jusqu'à la ménopause.²⁵¹ La femme au Mali porte en moyenne sept enfants dans son cycle de vie,²⁵² ce chiffre étant légèrement plus élevé dans les zones rurales (7,3) que dans les centres urbains (5,5).²⁵³ Les jeunes femmes entre 20 et 24 ans sont les plus susceptibles d'avoir des enfants dans les zones rurales et urbaines.²⁵⁴ Les naissances sont souvent rapprochées, l'intervalle moyen entre les naissances est estimé à un peu près de deux ans et demi (32,3 mois).²⁵⁵ Les femmes qui ont eu des grossesses, des accouchements fréquents et qui ont souvent allaité peuvent ne pas avoir d'endurance physique pour lutter contre l'infection, les hémorragies et les traumatismes durant la grossesse ou la période post-partum.²⁵⁶ Selon l'OMS, les femmes qui ont donné naissance à au moins cinq enfants sont deux à trois fois plus susceptibles de mourir durant la grossesse ou l'accouchement que celles qui n'ont accouché que deux ou trois fois.²⁵⁷ Une étude récente a confirmé que le rapprochement des naissances contribue au risque de mortalité maternelle, et qu'un espacement de trois à cinq ans réduit significativement ce risque.²⁵⁸

De nombreuses familles désapprouvent la planification familiale,²⁵⁹ et le sentiment est que les femmes qui n'ont pas de nombreux enfants risquent de perdre leur mari.²⁶⁰ Comme l'a dit un représentant d'une ONG, « les gens pensent qu'une

femme est une machine à faire des enfants ». ²⁶¹ Une sage-femme nous a parlé d'une femme décédée d'une hémorragie au cours de son dix-huitième accouchement. ²⁶² Une autre femme nous a parlé de nombreuses personnes de sa connaissance qui avaient souhaité limiter leurs grossesses mais dont certaines étaient décédées en accouchant parce que leurs maris avaient fait pression sur elles pour qu'elles continuent à faire des enfants. ²⁶³ Cette valeur culturelle est renforcée par les normes religieuses, qui enseignent que la femme qui meurt en couches va directement au paradis. ²⁶⁴ Par contre, selon le représentant d'une ONG, quand la femme fait une fausse couche, on estime qu'elle est maudite et qu'elle est en train d'être punie pour une mauvaise action. ²⁶⁵

2. Manque d'accès à la planification familiale

En raison du manque d'accès à la planification familiale, de nombreuses femmes font des grossesses non désirées. Une analyse statistique récente estime à 4.185 le nombre de femmes décédées au Mali entre 1995 et 2000, des suites d'une grossesse non désirée. ²⁶⁶ Juste 8% des femmes au Mali ont recours à une méthode contraceptive et seulement 6% utilisent une méthode moderne. ²⁶⁷ Seulement 23% des femmes ont utilisé une forme quelconque de contraception au moins une fois dans leur vie. ²⁶⁸ Il y a une mauvaise répartition géographique des services de planification familiale au Mali, et peu d'attention est portée à la planification familiale dans les centres de santé. ²⁶⁹ Parmi les adolescentes, le manque d'accès à l'information sur la planification familiale et d'accessibilité des services contribue au taux élevé de grossesses. Dans l'ensemble, seulement 21% des jeunes femmes savent où se procurer des contraceptifs modernes, mais il y a une grande différence sur ce plan entre les jeunes femmes des centres urbains et celles des zones rurales : 49% des jeunes femmes des centres urbains savent où se procurer des contraceptifs modernes, contre seulement 10% dans les zones rurales. ²⁷⁰

Les femmes qui n'ont pas les moyens de contrôler le nombre de leurs enfants et l'espacement de leurs grossesses sont souvent obligées de porter des grossesses en dépit des facteurs de risques tels que l'immaturation physique, l'âge avancé, le nombre élevé de grossesses antérieures, et l'existence de conditions médicales telles que le paludisme, la tuberculose, l'anémie et le VIH/SIDA. ²⁷¹ Beaucoup de grossesses non

désirées se terminent par un avortement—une procédure illicite au Mali, à moins que la grossesse ne menace la vie de la femme.²⁷² L'interdiction pénale de l'avortement rend la procédure plus dangereuse pour celles qui cherchent à se la procurer, particulièrement quand elle mène à des avortements clandestins, dans de mauvaises conditions. L'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité a été cité comme la cause de 5% des décès maternels.²⁷³ Une femme de 24 ans, à Mopti, nous a parlé d'une de ses amies qui, âgée de 18 ans, a fait sa première grossesse et qui est décédée en tentant d'avorter en prenant des médicaments dans son sixième mois.²⁷⁴

Dans certains cas, l'incapacité des femmes à contrôler leur vie reproductive a des effets plus subtils sur leur santé durant la grossesse et l'accouchement. Même les femmes qui sont conscientes de leurs besoins de santé durant la grossesse et qui ont accès aux soins peuvent subir des conséquences sur leur santé en raison de leur manque de choix. Un représentant d'une ONG, en discutant de sa propre expérience, a déclaré qu'elle n'avait pas recherché de soins durant les quatre premiers mois de sa cinquième grossesse parce qu'elle n'était pas contente d'être enceinte et qu'elle était en état de dénégation.²⁷⁵

3. Exigence du consentement d'un tiers pour obtenir des soins médicaux

Comme l'a dit un représentant d'une ONG, les femmes ne sont pas en charge de ce qui se passe dans leur propre corps.²⁷⁶ Un circulaire du Ministère de la Santé interdit aux prestataires de soins d'exiger l'autorisation du conjoint pour toute procédure médicale. Pourtant, la nouvelle Loi sur la santé de la reproduction de 2002 exige spécifiquement que le consentement du conjoint soit obligatoire avant de pratiquer une procédure de contraception irréversible, sauf quand la santé de la femme pourrait être menacée par une grossesse.²⁷⁷ Il a également été noté dans les entretiens que les adolescentes ont besoin de la permission d'un parent pour recevoir une assistance en matière de planification familiale.²⁷⁸

4. Prise de décision au sein de la famille

Les décisions concernant les soins de santé pour une femme ne sont pas prises par la femme elle-même mais par des membres plus âgés de la famille.²⁷⁹ Souvent, le chef de famille doit approuver la décision de rechercher des soins—tant les soins

prénatals que l'assistance durant l'accouchement. La personne qui prend les décisions peut être soit le mari soit la belle-mère.²⁸⁰ Il en résulte que la décision de se rendre au centre de santé est retardée, et de nombreuses femmes ne s'y rendent que lorsqu'elles sont déjà en état de crise, et il peut être alors trop tard pour sauver la vie de la femme.²⁸¹ Comme l'a noté une sage-femme dans un hôpital régional, « c'est toujours l'homme qui décide, surtout dans les milieux rurales, mais ce n'est pas l'homme qui souffre ». ²⁸²

Sans leurs propres sources de revenu, les femmes sont dépendantes d'autres membres de la famille, qui peuvent être conscients ou non de l'importance des soins de santé durant la grossesse et l'accouchement et qui souvent ne perçoivent pas les signes d'alarme que la femme enceinte elle-même est en train de sentir.²⁸³ Les familles refusent d'autoriser les soins de santé pour diverses raisons. Une femme a dit que son mari ne voulait pas qu'elle quitte sa communauté rurale pour rechercher des soins prénatals parce qu'il « ne voulait pas mon absence ». ²⁸⁴ Dans certains cas, la famille est peu disposée à payer les frais de soins de santé maternelle, soit parce qu'ils sont trop élevés, soit parce qu'ils sont considérés comme un gaspillage d'argent. Dans un cas extrême, un médecin d'un centre de santé communautaire de Bamako a parlé d'une femme qui souffrait de complications durant l'accouchement. Elle avait déjà huit enfants, et n'avait pas recherché de soins prénatals. Le docteur avait recommandé son transfert dans une structure mieux équipée. La famille avait refusé, estimant que les soins seraient trop onéreux. La femme est morte d'une hémorragie consécutive à un décollement prématuré du placenta.²⁸⁵

Dans de nombreuses familles, il y a une méfiance générale vis-à-vis de la médecine « moderne » et une préférence pour les services assurés par des tradi-praticiens. Beaucoup de personnes ne font confiance qu'aux tradi-praticiens qui ont assisté d'autres membres de la famille lors d'accouchements, parfois d'une génération à l'autre.²⁸⁶ Selon un directeur d'hôpital, un membre de la famille insiste souvent sur le fait que « 'la personne qui a aidé ma cousine à accoucher doit faire accoucher ma fille' ». D'autres pourraient dire « 'ma cousine s'est faite accouchée seule, ma fille peut en faire de même' ». ²⁸⁷ Un autre prestataire s'est souvenu d'un homme qui disait : « Les femmes de ma famille n'accouchent pas à la maternité ». ²⁸⁸ Ces attitudes traditionnelles se retrouvent dans les familles en milieu

urbain, comme dans les zones rurales.²⁸⁹

Les femmes enceintes en dehors du mariage courent des risques encore plus grands. Non seulement ces femmes décèdent souvent en avortant clandestinement, mais encore le manque de ressources financières et l'ostracisme peuvent les empêcher d'accoucher dans de bonnes conditions de sécurité.²⁹⁰ Un représentant d'une ONG a évoqué le cas d'une jeune femme qui travaillait comme domestique et qui est tombée enceinte. En tentant d'accoucher en secret, elle a commencé une hémorragie et est décédée par la suite.²⁹¹ Même la femme non mariée qui accouche dans un hôpital peut voir sa santé compromise par d'autres insuffisances dans les soins. Une jeune célibataire de 18 ans, à Bamako, a pu accoucher avec l'assistance d'une sage-femme dans un hôpital, mais avait dû se passer de soins prénatals parce qu'elle manquait d'argent.²⁹²

L'absence de liberté de choix en matière de reproduction pour la femme au Mali commence par une perception sociétale de celle-ci essentiellement en tant que mère et nourricière. Cette perception est renforcée par le manque d'accès de la femme à la planification familiale. La loi et les prestataires affaiblissent davantage l'autonomie de la femme en exigeant l'autorisation du mari pour les procédures de stérilisation et en attendant des mineures qu'elles obtiennent l'autorisation parentale pour la planification familiale. Enfin, la capacité des femmes à tout simplement se procurer des soins est entravée par leur manque de pouvoir décisionnel au sein de leur famille.

Les causes de la mortalité maternelle au Mali sont complexes, variées et imputables aux actions et à l'inaction des individus dans presque tous les secteurs de la société. Toutefois, les risques extraordinaires auxquels les femmes enceintes sont confrontées au Mali relèvent de la responsabilité de l'Etat, qui s'est engagé, dans des instruments nationaux et internationaux, à promouvoir le droit de tous les citoyens à la vie. Pour donner force à ce droit, le gouvernement doit prendre des mesures en vue de garantir aux femmes la jouissance réelle des droits à la santé, à la non-discrimination et à la liberté de choix en matière de reproduction. Le prochain chapitre examine plus en profondeur le cadre juridique international et national par lequel le gouvernement du Mali est tenu de protéger le droit des femmes à survivre à la grossesse et à l'accouchement.

