

Comment les conversations autour d'un café ont réduit les taux de mortalité maternelle

Introduire des rituels intimes dans les hôpitaux d'Éthiopie

Kesete Admasu

PDG

Big Win Philanthropy

Ancien ministre de la Santé

Addis-Abeba, Éthiopie

En Éthiopie, la cérémonie du café, véritable rituel ancré dans le tissu social, incarne l'esprit de communauté et de partage. Lorsque j'étais enfant, ma mère me demandait souvent d'aller prévenir les voisins dès qu'elle allumait le charbon pour torréfier les grains de café. Très vite, ils arrivaient, s'installaient, partageaient une tasse fumante et échangeaient les nouvelles du quartier. Ce rituel est présent même à des moments cruciaux comme l'accouchement. Lorsque qu'une femme est en travail, ses voisines se rassemblent naturellement autour d'elle pour la soutenir, préparent du café et l'accompagnent de leurs encouragements.

En 2002, l'Éthiopie affichait un taux alarmant de 960 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, un chiffre nettement supérieur à la moyenne de 773 décès maternels pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Cependant, en 2020, la situation avait considérablement évolué. Tandis que l'Afrique subsaharienne parvenait à ramener son taux de mortalité maternelle à 536 pour 100 000, l'Éthiopie

enregistrait une baisse encore plus remarquable, atteignant 267 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit moins de la moitié de la moyenne régionale (Groupe de la Banque mondiale, 2023).

Comment l'Éthiopie a-t-elle accompli cet exploit ? Durant une grande partie de cette période, j'ai travaillé au sein du ministère de la Santé, notamment en tant que ministre de 2012 à 2016. Mais pour bien comprendre cette performance, il faut remonter plus loin, jusqu'aux années 1970.

Avant cette époque-là, le système de santé éthiopien était principalement centré sur les grands hôpitaux. Toutefois, étant donné que la majorité des éthiopiens vivaient — et vivent encore — en milieu rural, ces services médicaux restaient largement inaccessibles pour une grande partie de la population. Dans les années 1970, quelques premières initiatives ont tenté de mettre en place un personnel de santé plus proche des communautés. Cependant, ces efforts étaient souvent limités à

des pathologies spécifiques, comme le paludisme ou le VIH, et reposaient principalement sur des financements extérieurs ou le volontariat local. L'idée de recourir à des agents de santé communautaires était bonne, mais le modèle mis en place était mauvais. Dès que les fonds des donateurs étaient épuisés, ces programmes s'effondraient inévitablement.

En 2003, le gouvernement a constitué une équipe d'experts pour réfléchir aux conditions nécessaires à la réussite d'un programme de soins de santé communautaires. Nous avons étudié des exemples d'autres pays, notamment l'Inde, le Pakistan, le Bangladesh, le Ghana et le Malawi. Nous avons décidé que chaque programme devait être financé par l'État et que les agents de santé communautaires devaient recevoir un salaire versé par ce dernier. Il est inconcevable de demander à des individus de travailler à plein temps sur une base volontaire ; ils doivent recevoir une juste rémunération.

Nous avons également décidé que le programme devait ratisser large et ne pas se limiter à une maladie ou une affection spécifique. Il devait également mettre l'accent sur la prévention, la majorité des problèmes de santé en Éthiopie étant évitables. Les agents de santé offraient par ailleurs des services essentiels, tels que le planning familial et le traitement des maladies infantiles courantes. Ils deviendraient ainsi, dans leurs villages, la figure la plus proche d'un professionnel de santé qualifié.

Au cours des années suivantes, nous avons déployé le programme de vulgarisation de la santé dans tout le pays, en formant 30 000 agents de santé communautaires. Tous les agents de santé étaient des femmes, pour deux raisons principales. Premièrement, dans les villages, les hommes passent la majeure partie de leur temps aux champs, et la présence d'un homme extérieur dans les foyers aurait pu créer un malaise. Deuxièmement, nous souhaitions offrir des modèles inspirants aux jeunes filles. Dans de nombreuses communautés, les filles sont moins nombreuses que les garçons à terminer leur scolarité. En montrant que des femmes agents de santé pouvaient percevoir un salaire décent, nous espérions encourager les parents à scolariser leurs propres filles.



Photo: Kesete Admasu

↑ Cérémonie traditionnelle du café dans un centre de santé maternelle

« J'ai alors pris pleinement conscience de l'ampleur du fossé entre nos politiques et les véritables besoins et aspirations des femmes enceintes et des parturientes. »

Le programme a eu un impact transformateur, propulsant l'Éthiopie parmi les nations dotées des systèmes de santé les plus performants du continent selon tous les indicateurs : réduction de la mortalité infantile, prévention du VIH, lutte contre le paludisme, amélioration de l'assainissement, etc. Cependant, il y avait une exception de taille : la mortalité maternelle. Malgré les progrès réalisés, la baisse restait décevante, car elle était bien moins rapide et moins impressionnante que dans les autres secteurs.

Se connecter avec les communautés autour d'un café

Nous disposons de tous les éléments nécessaires pour garantir des accouchements sécurisés : des infrastructures de santé modernes, des ambulances,



« Nous avons compris qu'il ne suffit pas de s'occuper uniquement de l'aspect physique de l'accouchement. Elles désiraient également un soutien affectif et spirituel, en harmonie avec leurs traditions et rituels. »

des sage-femmes qualifiées, des chirurgiens compétents et des services de transfusion sanguine. Pourtant, malgré ces ressources, la majorité des femmes préféraient accoucher chez elles, où les risques pour leur santé et celle de leur bébé étaient bien plus élevés. Pourquoi ?

Pour le comprendre, nous avons choisi de nous appuyer sur une tradition profondément ancrée :

la cérémonie du café. À partir de 2010, nous avons invité les femmes des communautés à partager un café avec nous. Ensemble, nous avons échangé sur les raisons qui les poussaient à privilégier l'accouchement à domicile plutôt que dans un établissement de santé. Ces discussions informelles les ont aidées à exprimer des points de vue que les consultations communautaires formelles n'avaient pas fait émerger auparavant. Elles m'ont permis de découvrir des réalités que je n'aurais jamais pu imaginer depuis mon bureau au ministère de la Santé.

J'ai alors pris pleinement conscience de l'ampleur du fossé entre nos politiques et les véritables besoins et aspirations des femmes enceintes et des parturientes.

Les femmes nous ont expliqué, par exemple, qu'elles refusaient de se rendre dans un centre de santé pour accoucher si elles ne pouvaient pas y trouver de

quoi manger. Dans les zones rurales, la majorité des accouchements sont pris en charge par des centres de santé primaires plutôt que par des hôpitaux. Or, ces centres, conçus pour offrir uniquement des services ambulatoires, ne disposent pas de restauration sur place, et il est souvent impossible de trouver un restaurant à proximité. De plus, ces centres ne permettent pas aux voisines de venir partager un café pendant le travail ni de préparer la bouillie, ce plat traditionnellement offert aux nouvelles mères après la naissance du bébé.

Certaines femmes nous ont également confié qu'elles préféreraient accoucher à domicile afin de pouvoir bénéficier de la présence d'un chef religieux. Les fidèles de l'Église orthodoxe, en particulier, ont exprimé leur souhait que la pièce où elles accouchent soit bénie et aspergée d'eau bénite.

Certaines femmes ont expliqué qu'il était de coutume, dans leur culture, que le père ou la belle-mère assiste à l'accouchement. Elles déploraient que les établissements de santé limitent la présence aux seuls professionnels, au nom de l'hygiène.

Par ailleurs, plusieurs femmes nous ont confié que lorsqu'une femme enceinte devait être transportée du village au centre de santé, c'était souvent sur un brancard, à bord d'une ambulance. Cette image avait une connotation négative, car, dans leur esprit, être transportée sur une civière en ambulance signifiait souvent ne pas revenir vivante.

Forts de ces connaissances, nous pouvions enfin commencer à poser les bonnes questions. Comment aménager les établissements de santé pour permettre à la famille et aux amis de venir partager un café ou préparer de la bouillie pour les nouvelles mères ? Comment intégrer la présence des chefs religieux dans la salle d'accouchement tout en garantissant le respect strict des mesures de contrôle des infections ? Pourrions-nous concevoir un modèle de brancard spécialement destiné aux femmes enceintes, afin de dissiper l'association mentale négative liée aux brancards transportant des personnes gravement malades dans les ambulances ?

Nous avons lancé, dans deux régions du nord de l'Éthiopie, des réformes visant à créer une atmosphère plus accueillante et familiale dans les établissements de santé. Ces initiatives comprenaient notamment l'autorisation pour les familles et les chefs religieux d'assister aux accouchements, l'aménagement d'espaces pour cuisiner leurs propres repas et la préparation du rituel du café. Rapidement, ces innovations ont été adoptées à l'échelle nationale, chaque communauté les adaptant en fonction de ses pratiques culturelles spécifiques. Le pourcentage de femmes optant pour un accouchement dans des établissements de santé a considérablement augmenté, allant jusqu'à 73 % dans certaines régions, contre 20 % auparavant (Fondation Bill et Melinda Gates, 2017).

Ce changement n'a pas seulement profité aux mères ; les agents de santé en ont également bénéficié. Leur travail est particulièrement exigeant, et la présence d'amis et de proches venus soutenir les mères enceintes a également apporté un réconfort affectif précieux aux infirmières. À l'odeur des désinfectants s'est substitué l'arôme réconfortant du café fraîchement torréfié. Lorsqu'elles en avaient l'occasion, les infirmières prenaient un moment pour partager une tasse de café avec les membres de la communauté.

Cette convivialité les aidait à gérer le stress, renforçait leur lien avec les patientes.

Le gouvernement doit être réceptif aux nouvelles idées tout en respectant les anciennes coutumes

Ces mères éthiopiennes nous ont enseigné une leçon précieuse : il ne suffit pas de s'occuper uniquement de l'aspect physique de l'accouchement. Elles désiraient également un soutien affectif et spirituel, en harmonie avec leurs traditions et rituels.

Mais notre engagement est allé encore plus loin. Des agents de vulgarisation sanitaire ont organisé des groupes de femmes dans chaque village, créant ainsi un espace propice à des échanges constructifs sur tous les aspects du système de santé. À son apogée, ce programme a rassemblé jusqu'à trois millions de femmes.



La leçon la plus importante, valable pour tous les types de services et environnements de santé, est la suivante : en impliquant véritablement les membres d'une communauté et en leur fournissant les connaissances et le pouvoir de prendre des décisions, ils deviennent des acteurs innovants de

leur propre bien-être. Les clés du succès résident dans ce sentiment d'appropriation collective et cette volonté d'être ouvert à de nouvelles solutions.

➤ Cet article est disponible en ligne à l'adresse earlychildhoodmatters.online/2025-7

Références

Fondation Bill & Melinda Gates (2017)
Goalkeepers: The stories behind the data. Disponible sur : https://www.gatesfoundation.org/goalkeepersreport2017/assets/downloads/Stories_behind_the_data_2017.pdf (consulté en novembre 2024).

World Bank Group (2023) Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) – Ethiopia, sub-Saharan Africa. Disponible sur : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=ET-ZG> (consulté en novembre 2024).