

RÉDUIRE ENFIN LA MORTALITÉ MATERNELLE : UNE PERSPECTIVE À LA PORTÉE DES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

**

Hubert Balique

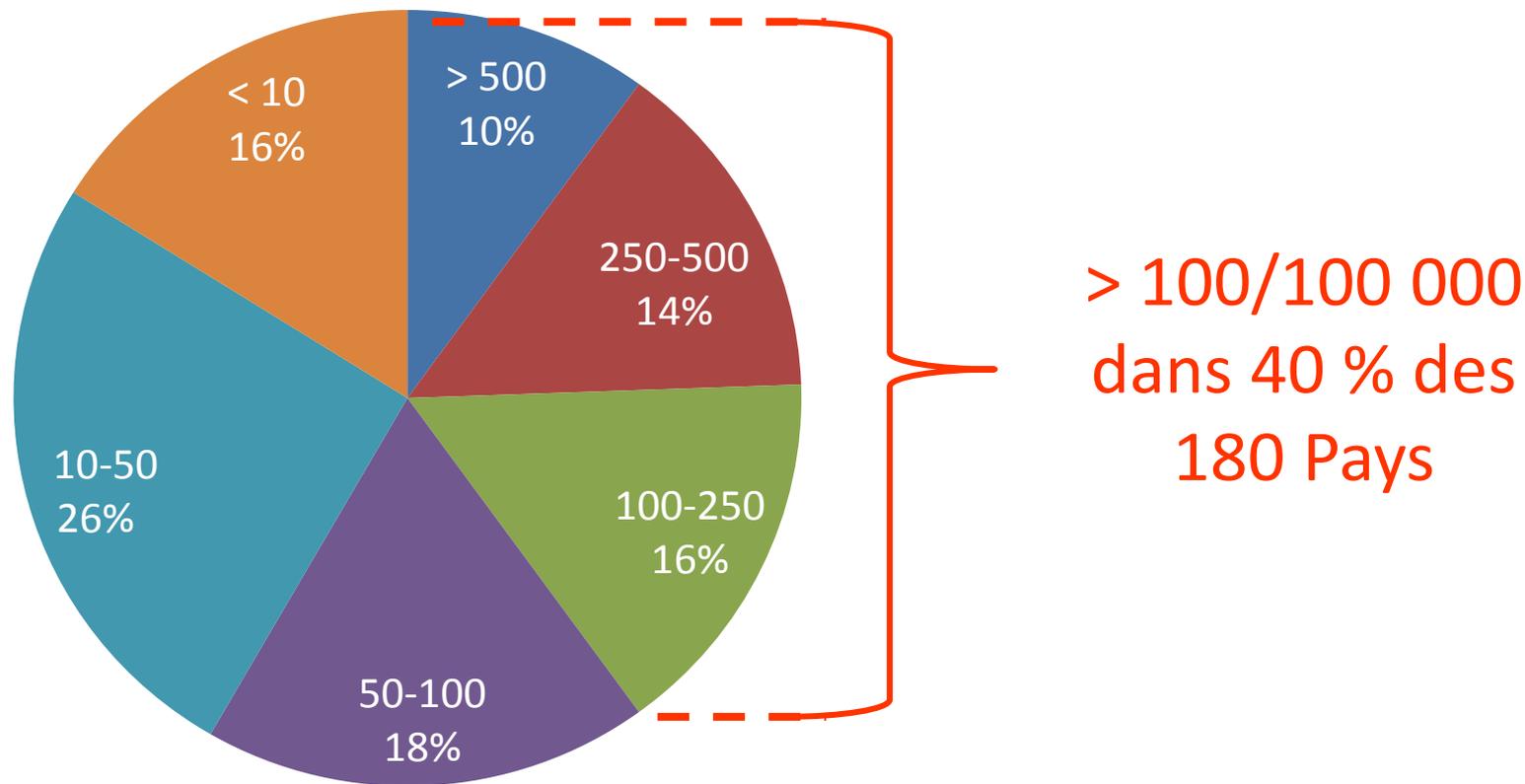


1. LA MORTALITE MATERNELLE

1.1. La mort maternelle

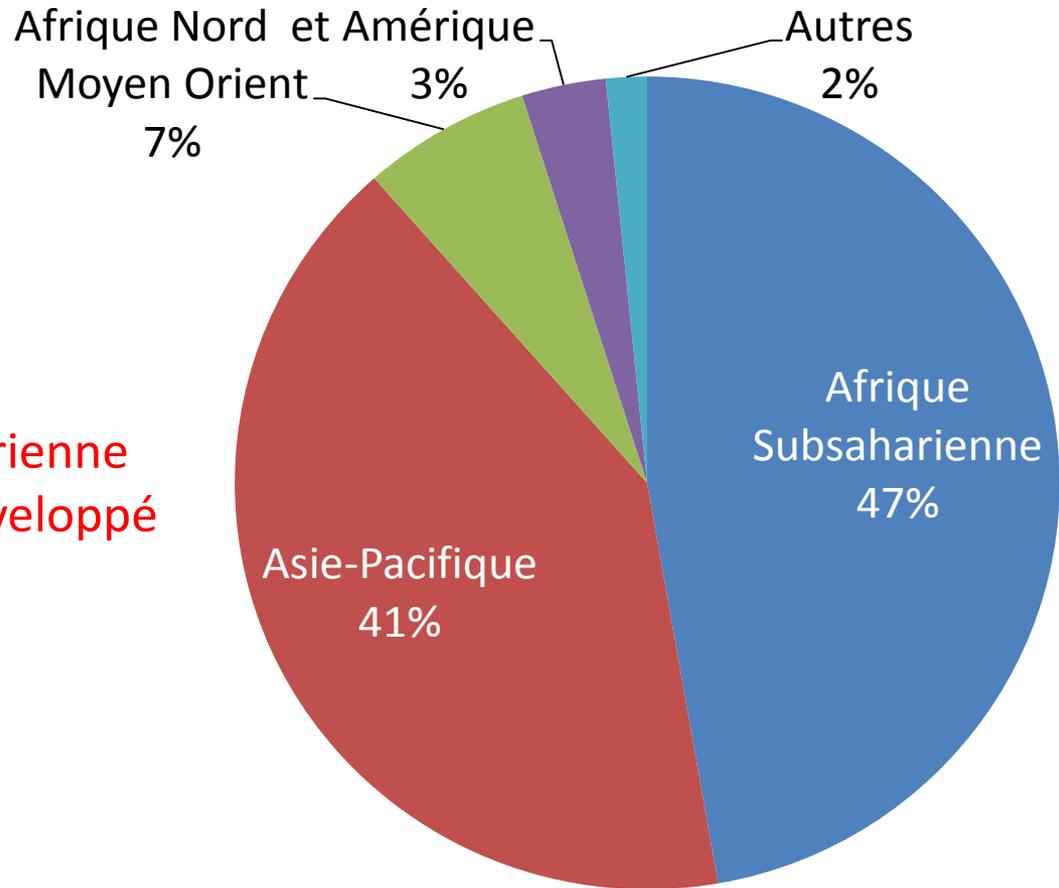
- *« Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit sa durée ou sa localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle ni fortuite » (OMS-CIM 10)*
- 500 000 décès maternels par an dans le monde, dont 50 % en Afrique Subsaharienne
- Un des grands scandales de notre époque

1.2. La répartition des pays selon leur taux de mortalité maternelle



(Tchad: 1100; Gabon: 230; France: 8; Estonie: 2/100 000)

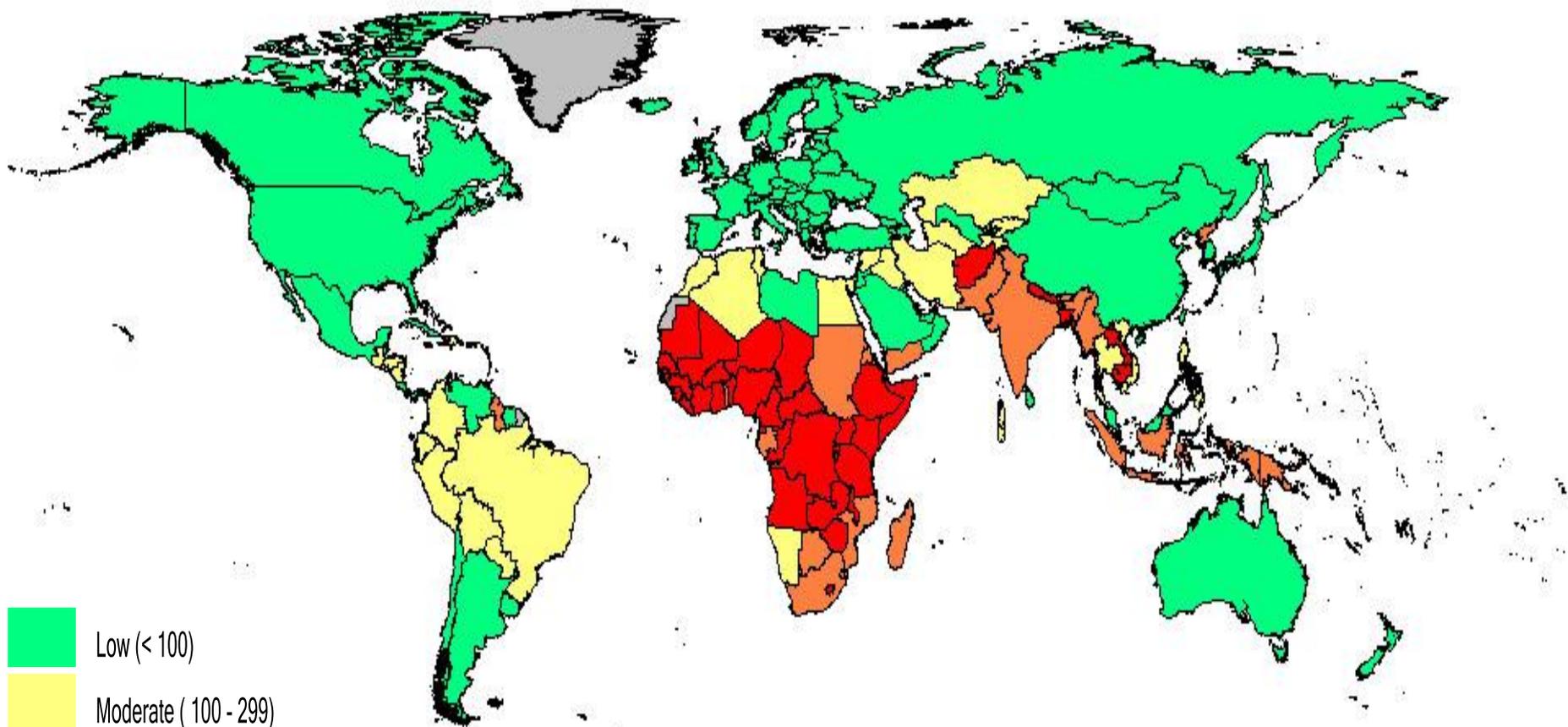
1.3. La répartition des décès maternels dans le monde



Risque de décès maternel:

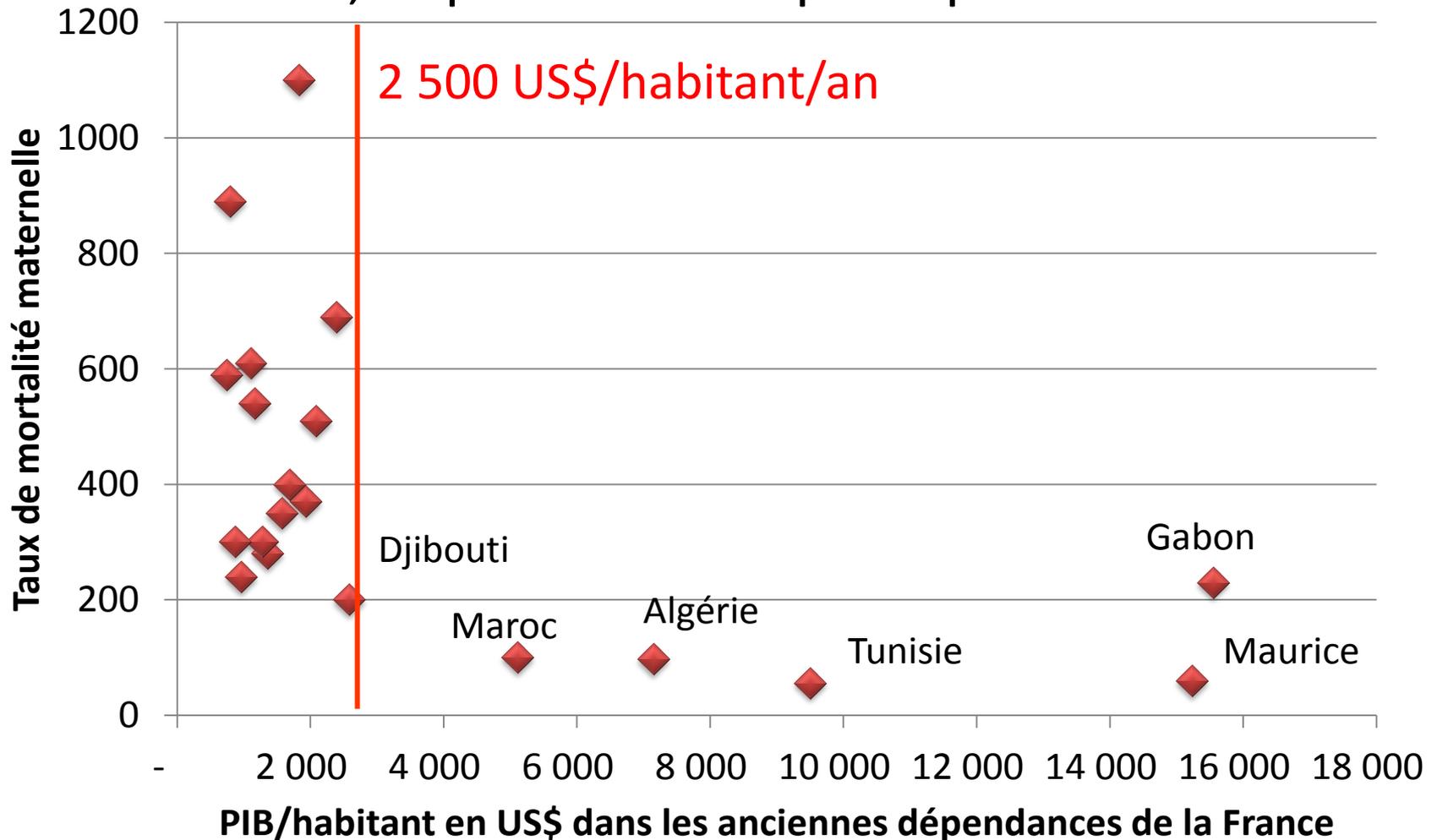
- 1/22 en Afrique Subsaharienne
- 1/7 300 dans les pays développés (330 fois moins)

Répartition de la mortalité maternelle pour 100 000 NV par région du monde



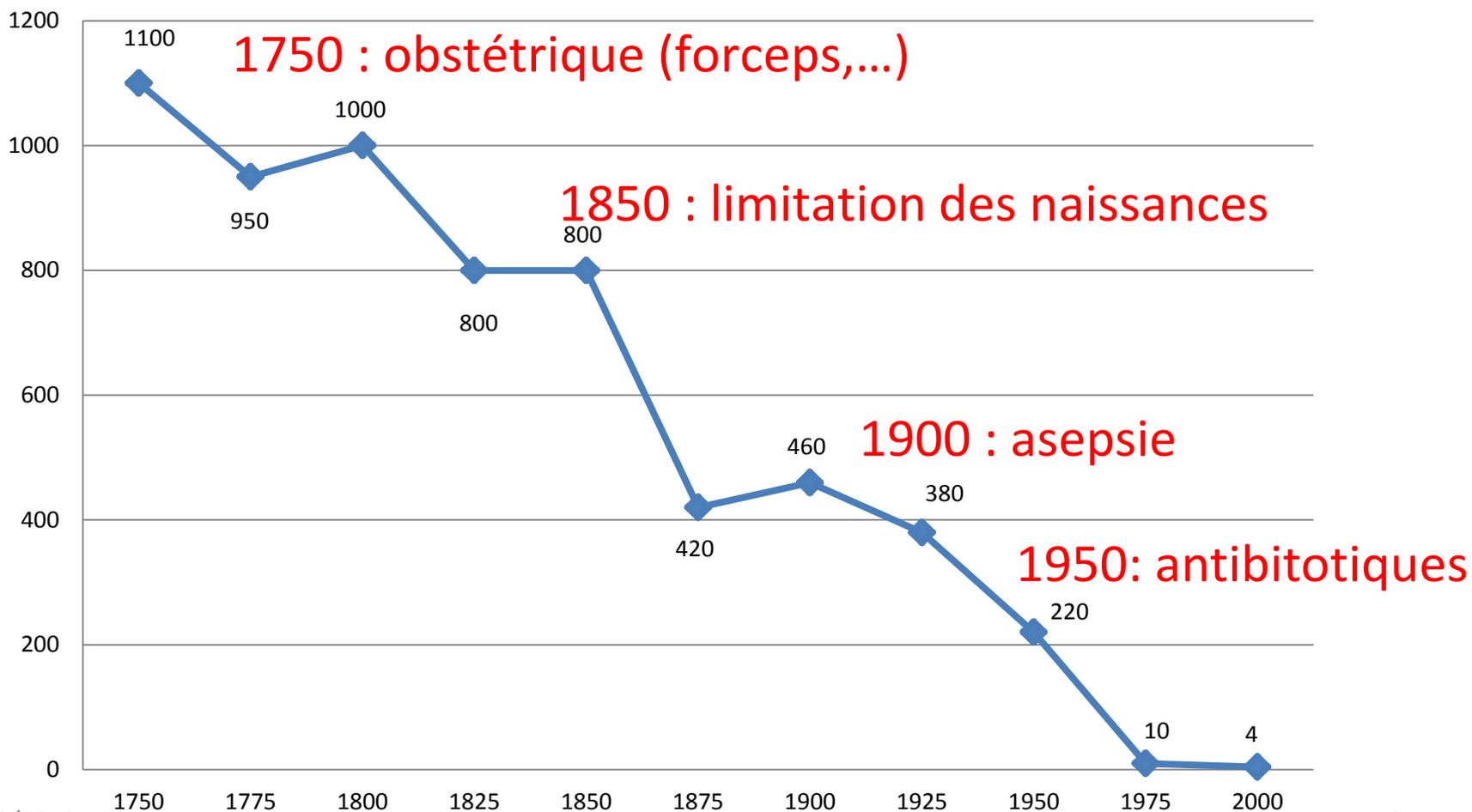
Source: MMR adjusted estimates (2005) based on work of interagency group (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank)

1.4. Fléau lié à la pauvreté: au dessous de 2 500 US\$/habitant/an, pas de lien entre TMM et PIB; au dessus, importance des politiques de santé



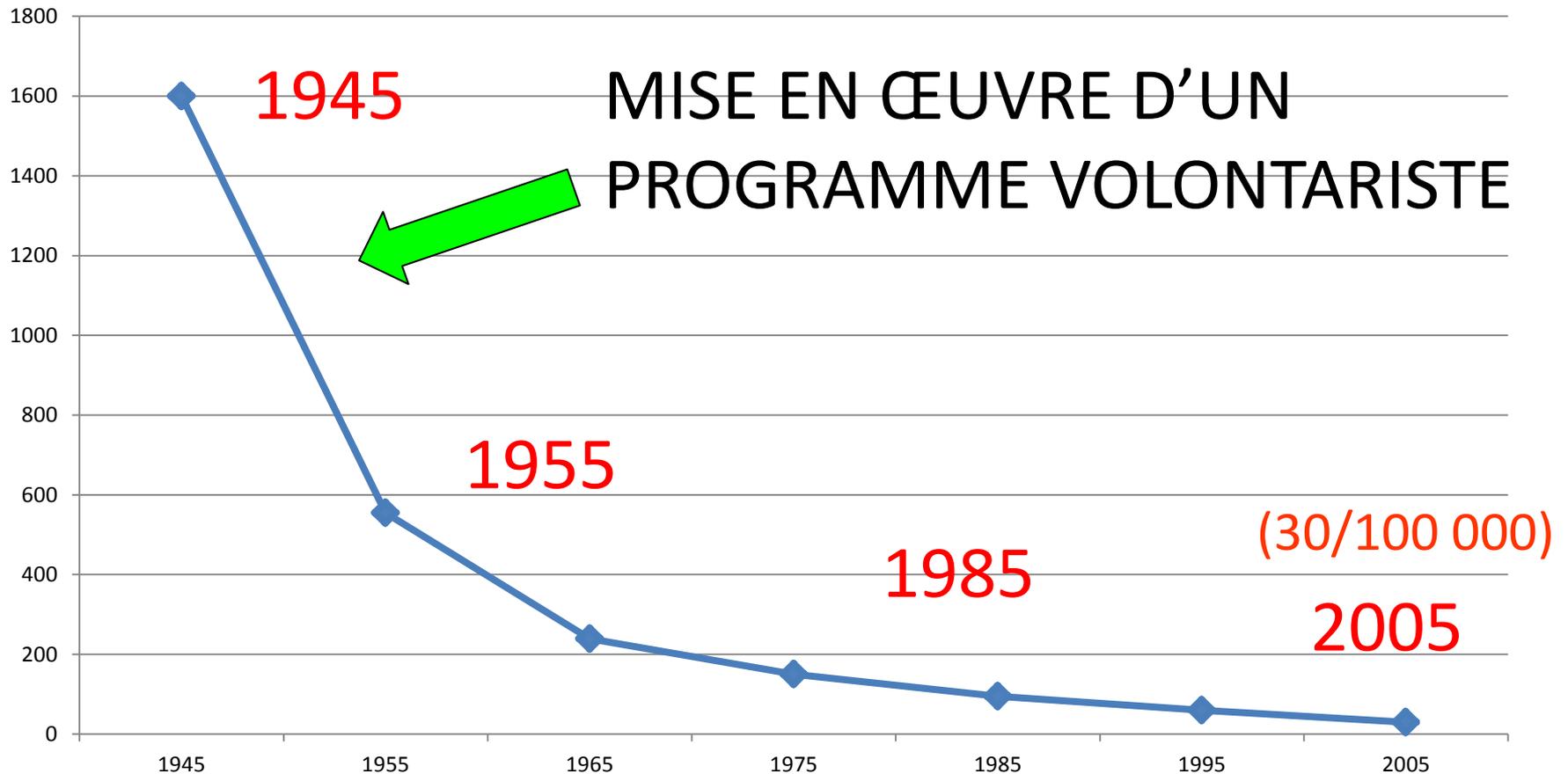
1.5. Evolution historique de la mortalité maternelle

Evolution du taux de mortalité maternelle en Suède
(PIB/habitant= 40 600 US\$) de 1750 à 2000



1.6. L'engagement des Etats contre la mortalité maternelle

Evolution du taux de mortalité maternelle au Sri Lanka
(5 600 US\$/habitant/an)



2. LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE

2.1. Mobilisation de la communauté internationale: Nombreuses initiatives prises depuis 40 ans

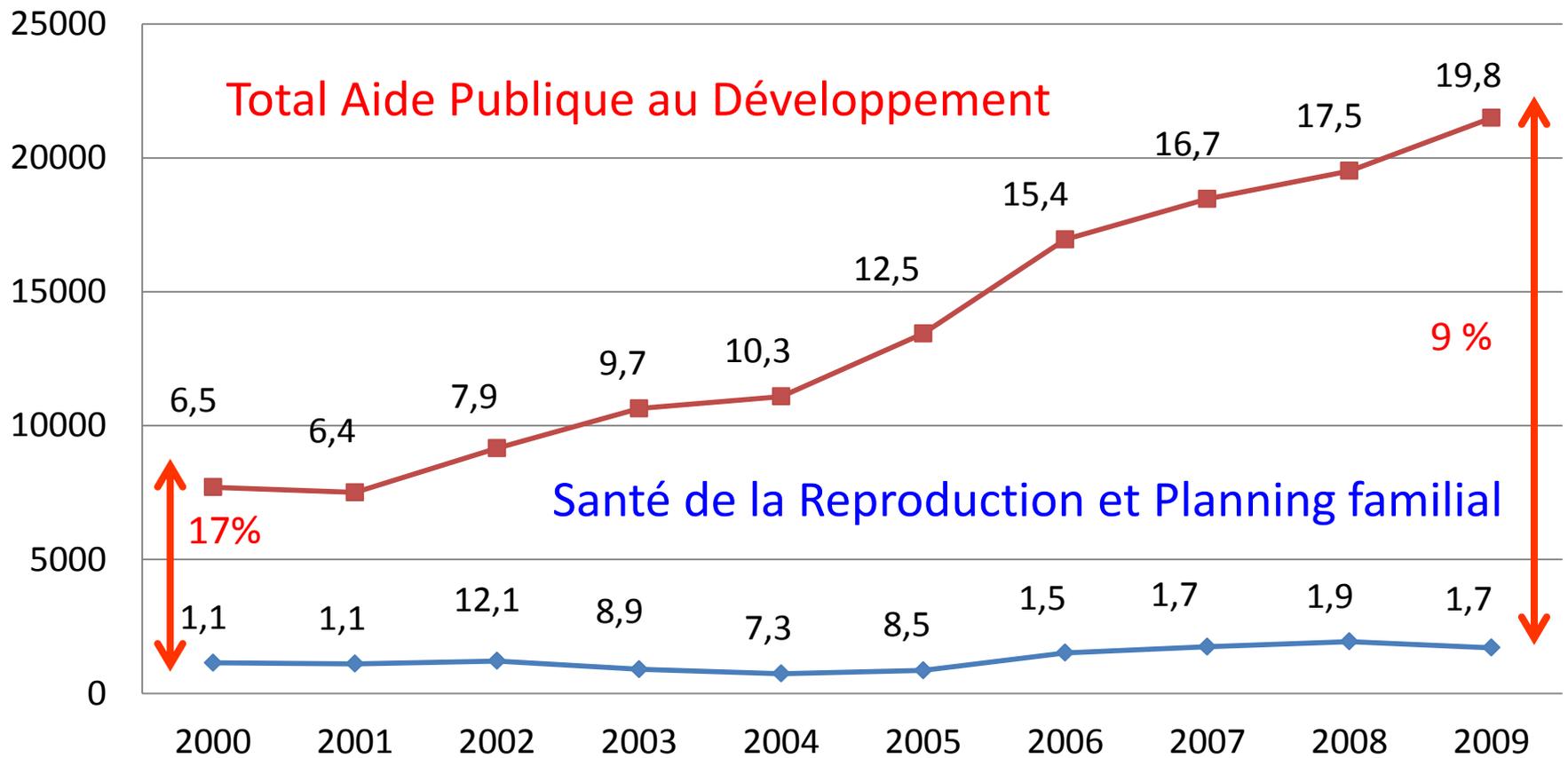
Décennie des Nations Unies pour la Femme	1976-1985
Première réunion technique de l'OMS	1985
Première conférence internationale sur la « maternité sans risque »	Nairobi 1987
Conférence « Mortalité sans risque » des pays francophones	Niamey 1989
Enquête « MOMA »	6 pays 1995-1996
« Vision 2010 » soutenue par les premières dames d'Afrique Subsahar.	Bamako 2001
Sommet G8 de MUSKOKA	Muskoka 2010

2.2. Les 3 objectifs santé du millénaire pour le développement (OMD) en 2000

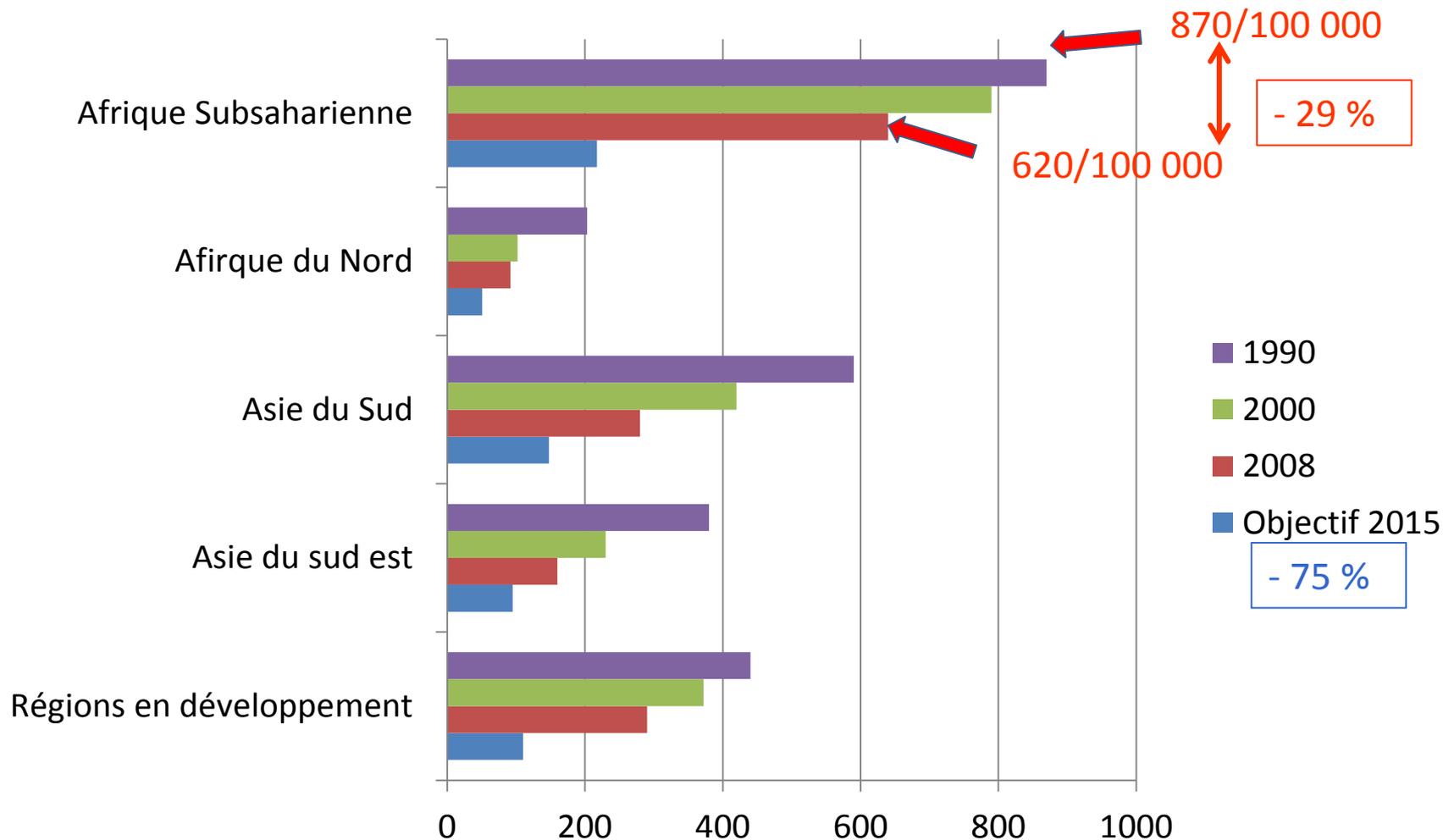
- **Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants**
- **Objectif 5: Améliorer la santé maternelle**
 - *Cible 6: D'ici 2015, réduire des 3/4 le taux de mortalité maternelle de 1990*
- **Objectif 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies:**

2.3. L'engagement financier de la communauté internationale

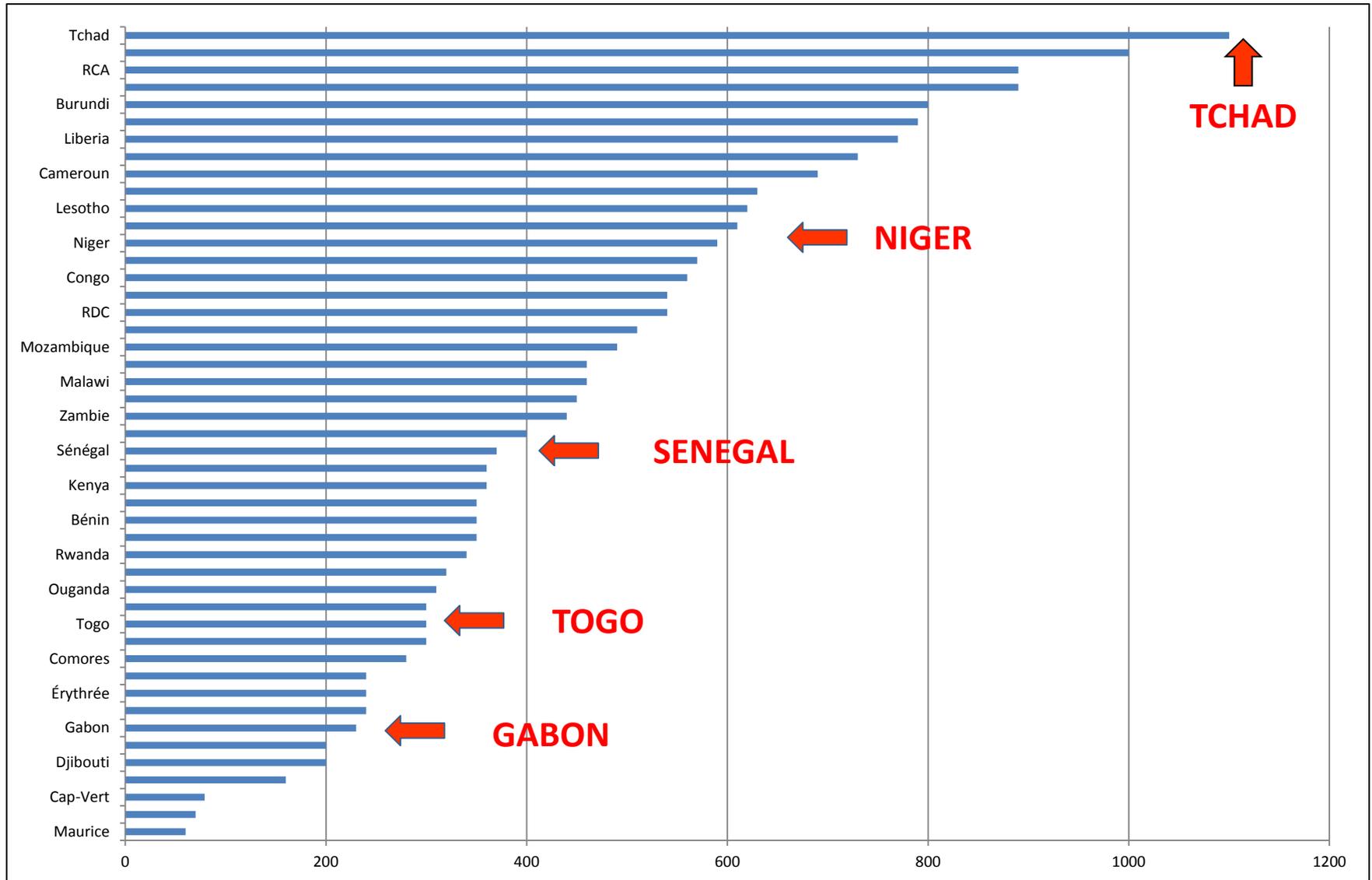
Evolution de l'aide internationale de 2000 à 2009 (milliards d'US\$)



2.4. Mais faiblesse des résultats de la lutte contre ce fléau en Afrique Subsaharienne.



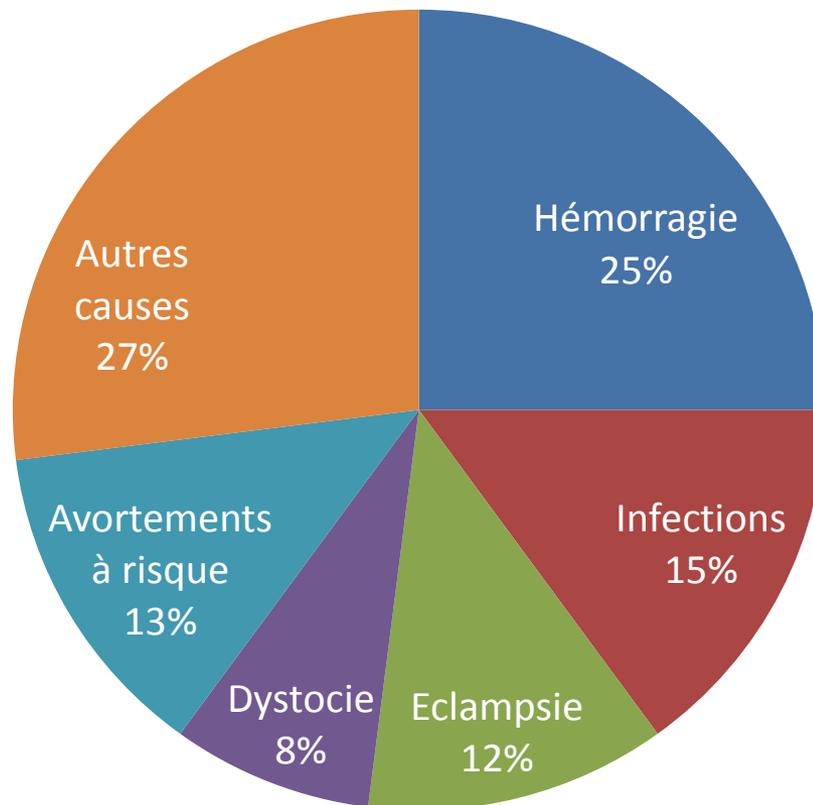
Très grandes variations entre les pays d'Afrique Subsaharienne



3. LES CAUSES DES DÉCÈS MATERNELS ET LES STRATEGIES DE LUTTE

3.1. Les causes de la mortalité maternelle

	%
Hémorragie	25%
Infections	15%
Eclampsie	12%
Dystocie	8%
Avortements à risque	13%
Autres causes	27%
Total	100%



3.2. Une autre conséquence obstétricale

- La fistule obstétricale:
 - L'un des pires handicaps qui soit au monde,
 - 2 millions de femmes porteuses d'une fistule obstétricale dans le monde
 - 50 à 100 000 nouvelles victimes par an
 - Surviennent après une moyenne de 4 à 5 jours de travail au village, parfois 1 semaine !

3.3. Les solutions « techniques »

- 3 mesures médicales :
 - La planification familiale,
 - Les consultations prénatales,
 - La sécurisation de l'accouchement.
- 3 mesures sociétales:
 - Élévation de l'âge au mariage jusqu'à 18 ans.
 - Planification des naissances,
 - Augmentation de la scolarité des filles,

3.4. Les approches stratégiques

- 2 barrières :
 - géographique: rôle de la distance en milieu rural
 - financière: pauvreté de la majorité de la population d'Afrique Subsaharienne (69% a moins de 2 US\$/personne/jour).
- 3 stratégies mises en œuvre:
 - Protection de l'accouchement au village
 - Promotion des SOU pour assurer la sécurité des soins dans les maternité (SOUB) et les hôpitaux (SOUC),
 - Gratuité des soins
- Mais des insuffisances liées au système de santé, notamment :
 - Insuffisances de la qualité des soins dans les formations sanitaires
 - Insuffisances de la gestion des maternités et des hôpitaux
 - Insuffisances des ressources humaines
 - Insuffisances dans la régulation

a) Protection de l'accouchement au village

- Formation (recyclage) des Accoucheuses Traditionnelles (Niger: 1966, Mali: 1976,...)
- De façon plus récente, formation de femmes relai
- Réponse non probante:
 - 40 ans de recul
 - Résolvent les problèmes de distance et les problèmes financiers
 - Mais n'apportent pas la sécurité aux accouchements:
 - Pas de compétences pour faire face aux urgences
 - Retards des références sur l'hôpital.
 - Limite les accouchements en maternité, en faisant croire à une fausse sécurité.

Les accoucheuses traditionnelles

- Pas de problème si accouchement normal (9 fois sur 10)
- Mais PAS DE COMPÉTENCE EN CAS DE COMPLICATION OBSTÉTRICALE
- Aucun rôle obstétrical des accoucheuses traditionnelles (autre que la section du cordon), mais rôle important dans l'apaisement de la parturiente et de son entourage
 - Apporte sa « chance »
 - Prononce les incantations transmises de génération en génération

b) Promotion des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU)

- Formation des personnels aux soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB): antibiotiques , anticonvulsivants, ocytociques, évacuation de débris intra-utérins, révision utérine, ventouse ou forceps.
- Mise en place des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC): transfusion sanguine et césarienne.
- Mise en place de systèmes de référence
- Réponse probante (Réf. L.de Bernis, A.Pruval, H.J.Philippe):
 - Mais 2 accouchements sur 3 au village (Mali, Niger,...),
 - Problèmes liés à la non maîtrise de la qualité des soins et de la gestion des formations sanitaires.

c) Gratuité des soins

- Gratuité des césariennes, dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne
- Gratuité des CPN, des PF, des accouchements dans certains
- Approche probante (Travaux de Valéry Ridde, de Médecins du Monde):
 - Supprime la barrière financière
 - Augmente le recours aux formations sanitaires,
 - Mais, importance des surcoûts (72 000 FCFA au Mali selon l'Université de Montréal).
- Autres approches basées sur le tiers payant:
 - Assurance maladie, mutuelles, fonds de solidarité,
 - Forfait obstétrical (Mauritanie).

d) Les insuffisances

- Insuffisances de la qualité des soins dans les formations sanitaires :
 - Qualité humaine : accueil, écoute, respect,... (Réf. Jaffré, Prual)
 - Qualité « médicale »
- Insuffisances de la gestion des établissements de soins:
 - Manque de formations en gestion à tous les niveaux
 - Insuffisances dans la prise de responsabilité des directions
- Problèmes de ressources humaines:
 - Insuffisances des formations
 - Sous qualification des professionnels de santé à la périphérie (concentration des sages femmes en ville,...)
 - Mais perspectives favorables:
 - Création d'écoles de sages femmes à l'intérieur des pays
 - Augmentation nombre de sages femmes formées
 - Infirmières polyvalentes
 - Médecins de campagne (Mali, Madagascar, Bénin,...)
- Insuffisance de la régulation des systèmes de santé :
 - Faiblesses dans l'évaluation de la qualité et de l'impact des soins
 - Faiblesses dans le mesure et l'analyse des coûts

4. LE PLAIDOYER

- 2 grandes options stratégiques:
 - OPTION NATIONALE EN FAVEUR DE L'ACCOUCHEMENT EN MATERNITÉ ACCREDITÉE.
 - SUPPRESSION DE LA BARRIÈRE FINANCIÈRE
- Mais 3 conditions préalables:
 - Carte sanitaire
 - Accréditation:
 - Maternité
 - Hôpital district
 - Mobilisation des populations

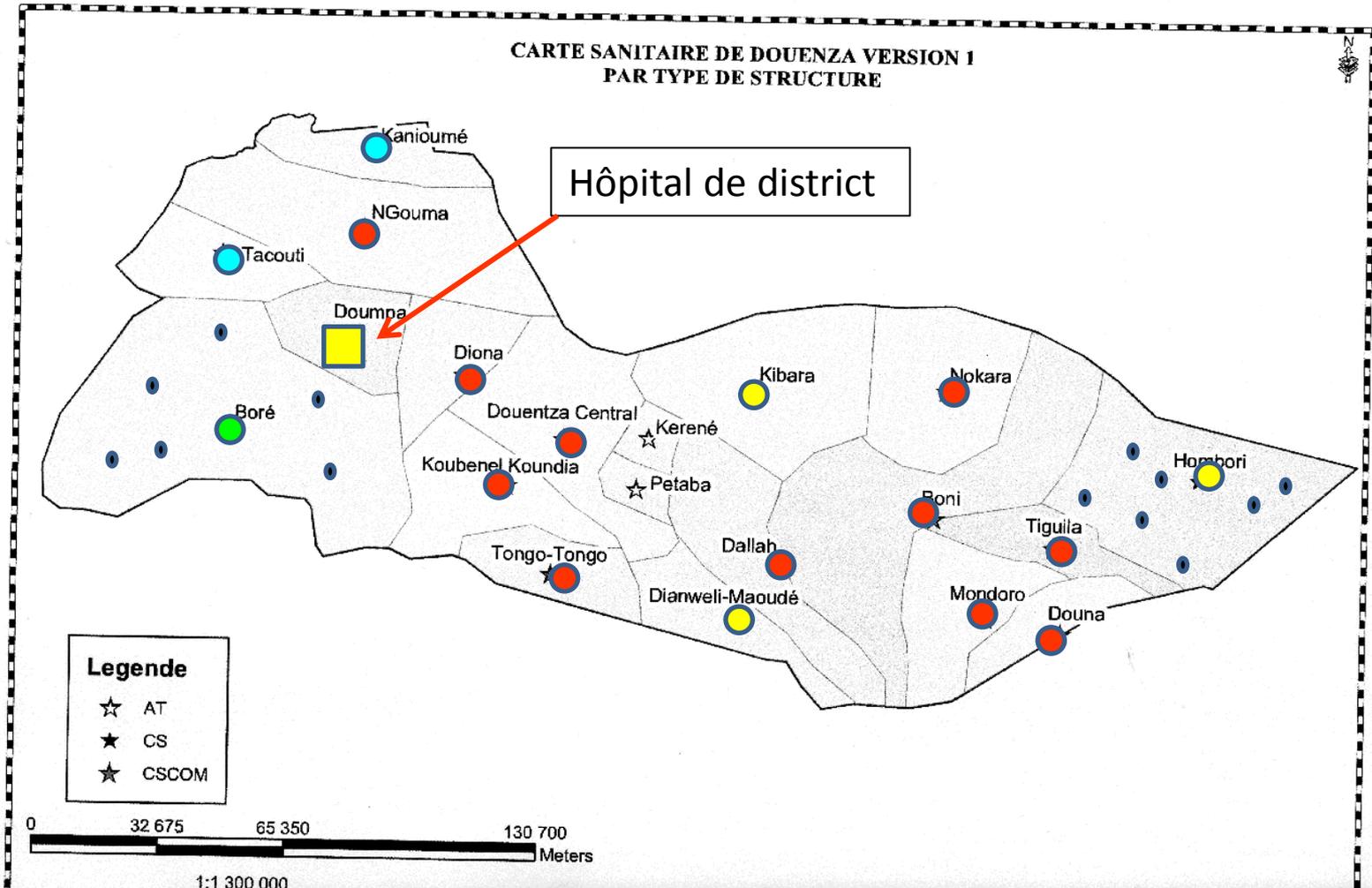
4.1. Accouchement en maternité accréditée

- VENUE DES FEMMES EN FIN DE GROSSESSE à proximité de la maternité AVANT LE DÉBUT DU TRAVAIL
- Large connaissance des dangers de l'accouchement (la « GUERRE DES FEMMES »).
- Présence d'une accompagnante, éventuellement l'ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE de la famille.
- Organiser de l'hébergement des femmes en fin de grossesse: 3 possibilités:
 - Chez des parents ou amis,
 - Dans des familles volontaires (contre rémunération),
 - Dans des « MAISONS D'ATTENTE » organisée par l'association des femmes .

4.2. Suppression de la barrière financière

- 3 possibilités toujours dans le cadre du tiers payant:
 - Gratuité totale par la Loi : Création de « Fonds de paiement du service public ».
 - Système de protection sociale : assurance maladie (secteur formel), mutuelles (secteur informel), fonds de solidarité (personnes démunies)
 - Forfait obstétrical : Pour le Mali (680 US\$/h):
 - Achat d'un carnet de maternité à la PREMIÈRE CPN
 - Exemption de toute tarification (y compris séjour d'attente, césarienne, évacuation,...) jusqu'à la fin du 1^{er} mois après l'accouch.
 - 5 000 FCFA (7,5 euros) par la famille (tiers payant démunies)
 - 10 000 FCFA (15 euros) de subventions (Etat et partenaires)
 - Pour 3/4 des accouchements (500 000): 10 milliards FCFA (15 millions d'euros) soit 3 % des dépenses de santé du pays.

4.3. La carte sanitaire : un compromis entre distances et fréquentation.



4.4. L'accréditation (1)

- Traduit le RESPECT DE NORMES DE QUALITÉ
- Classification des maternités selon 4 couleurs:
 - Rouge: pas d'accréditation
 - Jaune: niveau 1
 - Bleue: niveau 2 (niveau 1 + procédure)
 - Verte : niveau 3 (niveau 2 + résultats)
- Evaluation par une agence indépendante
- Pas d'accréditation d'une maternité sans hôpital de référence accrédité.

4.4. L'accréditation (2)

- **Accréditation des maternités:**
 - Qualité des soins (Réf. Donabédian)
 - Délivrance adéquate des SOUB,
 - Importance des ressources humaines (sages femmes, infirmières polyvalentes, médecins de campagne) .
 - Bâtiments, équipements, médicaments, eau potable
- **Accréditation des hôpitaux:**
 - Délivrance adéquate des SOUC :
 - Chirurgie d'urgence (césariennes)
 - Transfusions sanguines.
 - Formation des médecins généralistes à la chirurgie de district
 - Système de référence opérationnel: communication, ambulance, suppression barrière financière.

4.5. Mobilisation des populations

- Mettre un terme à « la guerre des femmes ».
 - Média dans les principales langues nationales
 - Radio nationales, locales
 - Télévision, films,
 - Affiches, conférences débats après projection,..
 - Enseignement :
 - Enseignement de la santé de reproduction dès le collège
 - Associations de femmes (national, régional, local):
 - Organisation et gestion de l'accueil des femmes à proximité des maternité (zone rurale)
 - Susciter des initiatives locales : une mesure (kg, litre) par an de produit récolté par femme (mil, haricot,...)

4.6. Autres avantages de l'accouchement en maternité (1)

- Avant la naissance (derniers 15 jours) :
 - REPOS, prématurité, poids de naissance nouveau né
 - Compléments alimentaires et oligoéléments,
 - Dépistage et traitements affections: anémie, HTA, HIV (PTME),...
 - Dépistage du RISQUE obstétrical (néphropathie, saignements,...)
- A la naissance
 - Prise en charge immédiate des urgences (SOUB)
 - Rapidité de la référence sur l'hôpital de district (SOUC)
 - Episiotomie (notamment chez les excisées)
 - Prise en charge immédiate du nouveau né.

4.6. Autres avantages de l'accouchement en maternité (2)

- Après la naissance:
 - Création d'un climat de CONFIANCE entre la personne qui a fait l'accouchement et l'utilisateur: porte d'entrée pour la santé de la mère et de l'enfant
 - Dépistage précoce des affections du nouveau né (malformations, drépanocytose,
 - Éducation de la mère (allaitement, hygiène, visites,...)
 - Vaccinations : BCG, Polio, Hépat. B (cancer du foie)
 - Moment privilégié pour le PLANNING FAMILIAL
- Réduction de la mortalité néonatale (moitié de la mortalité infantile) +++
 - Les 2/3 des décès néonataux surviennent pendant la première semaine de la vie

CONCLUSION

- La mortalité maternelle: Un des plus grands scandale de notre temps, car problème inacceptable dont la SOLUTION EST À NOTRE PORTÉE.
- Pas de fatalité, mais nécessité de:
 - Une volonté politique
 - Des ressources financières adaptées aux besoins des pays
 - Des STRATÉGIES APPROPRIÉES:
 - Accouchement en maternité
 - Suppression barrière financière
 - Accréditation (qualité des soins)
- Grand combat des prochaines décennies pour descendre au dessous de 100/100 000 NV dans tous les pays