

LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT : THÉORIE ET PRATIQUE

A. PRUAL

Med Trop 2004 ; 64 : 569-575

RÉSUMÉ • Lors du Sommet du Millénaire (2000), les chefs d'états se sont fixés l'objectif de réduire de 75% d'ici 2015 la mortalité maternelle dans le monde. Les progrès dans la connaissance de l'épidémiologie de la mortalité et de la morbidité maternelles ainsi que l'expérience acquise sur le terrain ont permis à la communauté internationale de concevoir un programme dont les actions sont basées sur la preuve scientifique et dont le coût peut paraître relativement faible. Toutefois, la mise en œuvre se heurte à la réalité : l'augmentation de l'accessibilité géographique à des soins obstétricaux d'urgence, complets et de qualité, nécessite de forts investissements et du temps ; l'augmentation de l'accessibilité financière reste difficile compte tenu du niveau de vie des populations et du désengagement de l'État. La réalité vécue par les femmes et les personnels est largement méconnue de la santé publique. Une approche pluri-disciplinaire associant à parts égales la santé publique, la gynéco-obstétrique, l'anthropologie, l'économie de la santé, les sciences politiques et les spécialistes de la mobilisation sociale et communautaire est indispensable.

MOTS-CLÉS • Mortalité maternelle - Objectif du Millénaire - Stratégie - Mise en œuvre.

.....

REDUCING MATERNAL MORTALITY IN DEVELOPING COUNTRIES: THEORY AND PRACTICE

ABSTRACT • Chiefs of state attending the Millennium Summit (2000) set a goal of reducing maternal mortality by 75% before 2015. Based on knowledge of the epidemiology of maternal mortality/morbidity and on growing experience in the field, the international community defined a relatively low-cost program of evidence-based initiatives. However implementation of that program has been stymied by the reality that increasing geographical accessibility to a full range of quality emergency obstetric care of quality will require large investments of money and time. Increasing financial accessibility remains difficult given the low standard of living of populations and budget cutbacks by national governments. The problems facing women and health workers are mostly overlooked by public health policy. There is need for a multi-disciplinary approach with equal participation of specialists in public health, gynecology-obstetrics, anthropology, health care economics, political science and social and community mobilization.

KEY WORDS • Maternal mortality - Millennium Development Goals - Strategy - Implementation.

Après des décennies pendant lesquelles la mortalité maternelle a été ignorée par la santé publique dans les pays en voie de développement, sa réduction en est devenue, depuis peu, un des enjeux majeurs. En effet, les chefs d'état du monde entier, réunis solennellement à l'ONU en septembre 2000 (Sommet du Millénaire) l'ont choisie pour être l'un des trois objectifs de santé du millénaire (ODM) avec la réduction de la mortalité infantile et la lutte contre le VIH-SIDA, le paludisme et autres maladies. L'objectif fixé est non seulement très optimiste puisqu'il vise une réduction de 75% d'ici l'an 2015 mais il sera difficile à mesurer puisque la communauté scientifique internationale admet que c'est un indicateur peu utilisable en routine pour mesurer l'efficacité des programmes de lutte (1).

La lutte contre la mortalité maternelle est spécifique à maints égards et a donné lieu à un optimisme vite ralenti. En effet, la population est très ciblée (femmes enceintes et dans le post-partum) ; les acteurs sont très spécifiques : gynéco-obstétriciens, dans leurs fonctions obstétricales, et sages femmes ne s'occupent que de cette population ; enfin, les maternités sont des lieux bien identifiés, souvent relativement en marge du système de santé, et dédiées uniquement à la prise en charge des femmes enceintes ou en post-partum et à leurs nouveau-nés bien portants. Il semble donc possible avec de tels atouts d'atteindre les objectifs fixés avec un minimum d'organisation, de planification et de moyens. Mais les programmes se heurtent à la réalité des systèmes de santé des pays en voie de développement (PVD) et l'accessibilité des objectifs du millénaire n'est pas évidente. Pour avoir une chance de succès, il ne faut pas hésiter à décrire et analyser les vrais problèmes, ce qui malheureusement est peu fait par les scientifiques et les bailleurs de fonds.

.....

AMPLEUR DU PROBLÈME

.....

Il est très difficile de connaître la situation précise à un moment donné et en conséquence de suivre son évolution. Le ratio de mortalité maternelle est en effet un indicateur dif-

• A.P., Praticien hospitalier, Chercheur Associé à l'Unité 149 de l'Inserm, Coordinateur du Programme AQUASOU (Amélioration de la Qualité et de l'Accès à des Soins Obstétricaux d'Urgence dans les PVD) financé par le ministère français des Affaires étrangères, Montluçon, France.

• Correspondance: A. PRUAL, DIM, Centre Hospitalier, 18, avenue du 8 mai 1945, 03100 Montluçon, France • Fax : +33 (0) 4 70 02 72 29 •

• Courriel : a.pruai@ch-montlucon.fr •

• Article sollicité.

ficile à utiliser en routine. Il est difficile à mesurer avec précision ; il nécessite de très grands échantillons ; sa mesure est rétrospective et le résultat obtenu mesure des événements datant de plusieurs années. Les données récentes en population sont de plus en plus souvent fournies par les Enquêtes Démographiques et Santé, réalisées à intervalles réguliers (5 à 10 ans) dans la plupart des PVD (2). Il est cependant admis que la mortalité maternelle n'a probablement pas diminué dans la plupart des PVD, surtout en Afrique sub-saharienne depuis la première Conférence Internationale pour une Maternité sans Risque (Nairobi) en 1987. Et ceci malgré les nombreux programmes mis en œuvre (3, 4). Les ratios de mortalité maternelle varient, dans les PVD, de 200 à 1 200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (nv). Ils varient entre pays mais surtout entre zones urbaines et zones rurales. En zone rurale, ce taux peut même atteindre 2 000/100 000 nv (5). Dans les trop rares hôpitaux africains de référence, qui reçoivent toutes les évacuations sanitaires y compris de zones rurales lointaines, ce taux peut atteindre 3 600/100 000 nv (6). En France, il est estimé à 12/100 000 nv (7). La région du monde qui porte le plus lourd fardeau est l'Afrique sub-saharienne. Elle ne représente que 10,3% de la population mondiale mais 20,7% des grossesses et environ la moitié des décès maternels (DM) soit environ 300 000 DM/an. Si les ratios de mortalité maternelle peuvent paraître relativement faibles comparés par exemple aux taux de décès infanto-juvéniles ou au taux de mortalité par sida dans certaines régions, les décès maternels ont de lourdes conséquences sociales. Le décès d'une femme en âge de procréer met en danger la survie de ses enfants mais aussi celle de la cellule familiale. L'enfant qui survit au décès maternel de sa mère a seulement une chance sur dix d'être encore vivant à son premier anniversaire (8, 9). Une étude menée dans plusieurs pays du Commonwealth a montré que les femmes contribuaient à la moitié des revenus chez le quart des familles dirigées par un homme (10). La situation est encore pire si la femme était chef de famille. Or, la Banque Mondiale estime qu'environ un quart à un tiers des familles dans le monde sont supportées par une femme seule. Au Niger et au Burkina Faso, ce taux est de 9,7% (11). L'insuffisance qualitative et quantitative de la prise en charge des complications obstétricales n'a pas pour seule conséquence dramatique la mort maternelle et plus fréquemment encore la mort néonatale mais aussi les fistules vésico-vaginales (FVV) qui laissent les femmes handicapées à vie et aboutissent souvent à leur rejet de la famille et de la société. Pour la première fois, une étude, française, a permis d'estimer l'incidence des FVV en population (Afrique de l'Ouest) : le taux d'incidence était de 0 FVV pour 100 000 accouchements [CI à 95% : 0-37] en milieu urbain mais de 123,9 FVV pour 100 000 accouchements [CI à 95% : 15-446] en milieu rural. Cette étude a permis d'estimer à 33 451 le nombre annuel de nouveaux cas de FVV en Afrique sub-saharienne (12).

CAUSES MÉDICALES

Plus des trois quarts des décès maternels sont dus à cinq causes médicales directes (79%) : hémorragies, avor-

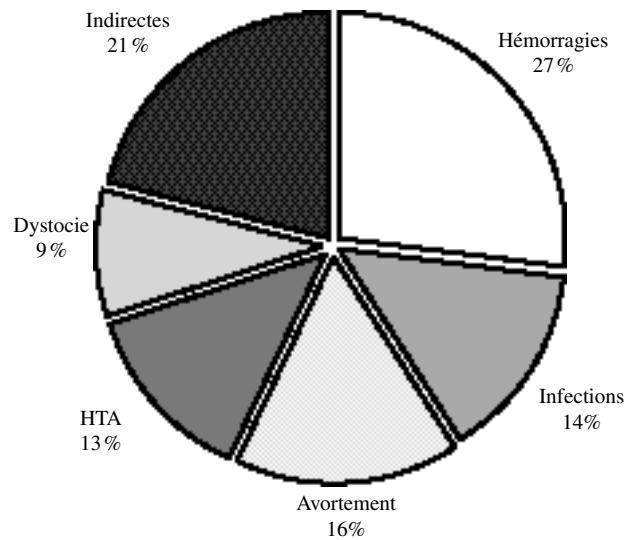


Figure 1 - Causes médicales des décès maternels.

tements (provoqués), infections (surtout en rapport avec ces derniers), troubles hypertensifs de la grossesse et dystocie (Fig. 1). Les causes médicales indirectes incluent l'anémie, le paludisme et, dans un nombre de plus en plus grand de pays, le sida et toutes les pathologies non obstétricales associées à une grossesse ou au post-partum qui peuvent influencer son cours. La connaissance de l'incidence de cette morbidité sévère, cause directe des décès, est fondamentale pour mesurer la létalité, meilleur indicateur de la qualité des soins obstétricaux d'urgence, et pour planifier et organiser les services de santé maternelle (évaluation des besoins).

Deux enquêtes financées et organisées par le ministère français des Affaires étrangères ont permis de calculer précisément l'incidence de la morbidité maternelle sévère dont l'une, l'enquête MOMA fut réalisée prospectivement en population dans 6 pays d'Afrique de l'Ouest sur un échantillon de 20 326 femmes enceintes (13, 14). Les taux d'incidence et de létalité de l'enquête MOMA, très proches de ceux trouvés au Niger, sont montrés dans le tableau I. Si la mesure de l'incidence en population relève de la recherche, la mesure de la létalité intra-hospitalière peut être réalisée en routine par les équipes obstétricales et permettrait de suivre efficacement et simplement la qualité des soins obstétricaux d'ur-

Tableau I - Incidence de la morbidité maternelle sévère et taux de létalité (enquête MOMA, 1996).

Morbidité maternelle sévère	Proportion	Ratio pour 100 naissances vivantes [IC à 95%]	Létalité
Hémorragies	46,0%	3,05 [2,81-3,30]	2,8%
Dystocies	30,9%	2,05 [1,86-2,26]	1,7%
Troubles hypertensifs de la grossesse	9,6%	0,64 [0,53-0,76]	5,6%
Septicémie	1,4%	0,09 [0,05-0,14]	33,3%
Autres	12,1%	0,80 [0,69-0,94]	2,5%

gence (sous réserve que le recrutement ne se modifie pas significativement : par exemple, une zone d'attraction attirant des femmes venant de zones de plus en plus éloignées et arrivant dans des états de plus en plus graves). Ceci nécessite toutefois de définir clairement la morbidité maternelle sévère. L'OMS vient de faire une importante revue de la littérature, donnant une belle place au travail réalisé par les équipes françaises, qui devrait permettre de mieux standardiser les définitions (15). Ces auteurs proposent de la nommer « morbidité maternelle sévère aiguë » (SAMM : severe acute maternal morbidity). Ce terme pourrait être utilisé indifféremment en lieu et place de « morbidité maternelle grave » (severe maternal morbidity) et « échappées belles » (near miss). Elle est définie comme « une femme enceinte ou ayant récemment accouché, très malade, qui serait décédée si la chance et des bons soins n'avaient été de son côté ». Toutefois, le choix des critères d'inclusion nécessite encore un consensus.

STRATÉGIES POUR UNE MATERNITÉ À MOINDRE RISQUE

L'histoire de la réduction de la mortalité maternelle dans les pays européens commence avec la création d'un corps spécialisé de sages-femmes dès la fin du XVIII^e siècle et la réglementation de cette activité. La seconde étape fut la reconnaissance tardive, à la fin du XIX^e siècle, de la nécessité de règles d'hygiène strictes dans les maternités (lavage des mains). Mais la mortalité maternelle a commencé à diminuer significativement et rapidement dans la première moitié du XX^e siècle grâce à la découverte des antibiotiques, à la mise au point des techniques d'anesthésie et de la césarienne et à la mise au point des techniques de transfusion sanguine (16, 17). Un second « grand bond en avant » a été obtenu avec la diffusion des techniques modernes de contraception et à la pratique médicale de l'IVG.

De nouveaux objectifs pour la consultation prénatale (CPN)

Ne prenant pas les leçons de l'Histoire, la santé publique dans les PVD s'est bizarrement focalisée pendant des décennies sur le dépistage et la prévention des grossesses à risque, sans aucune preuve scientifique de son efficacité. C'est la théorie de « l'approche à risque » qui fut le fer de lance de l'OMS pendant cette période, d'ailleurs surtout en vue de réduire la mortalité néonatale (18). Quelques rares scientifiques avaient, sans succès, mis en doute publiquement cette stratégie. L'enquête MOMA, en 1996, a permis de prouver que la valeur prédictive des facteurs de risque classiquement recherchés lors de la consultation prénatale était très faible, toujours inférieure à 5% (19, 20). La survenue d'une morbidité maternelle sévère aiguë, cause médicale directe des décès, ne peut pas être prédite lors de la consultation prénatale. La notion de grossesse à risque n'a donc aucune « opérationnalité » : comme le disaient depuis longtemps intuitivement tous les obstétriciens, « toute grossesse est à risque ». C'est seulement après la fin de la période du post-

partum (de 45 jours à un an selon les définitions) qu'on peut dire qu'une grossesse s'est déroulée sans problème. Une enquête multicentrique réalisée par l'OMS sur un échantillon de 24 678 femmes de différents continents a permis de redéfinir le contenu et les objectifs de la CPN (21). Le nombre de visites recommandé est réduit et les actions préconisées ont toutes prouvé scientifiquement leur efficacité.

Priorité aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Fort de l'expérience du passé et des résultats des études récentes qui vont toutes dans le même sens, la communauté scientifique internationale donne désormais la priorité aux SONU (seuls sont abordés ici les soins obstétricaux d'urgence qui, d'ailleurs, influent aussi sur la santé du nouveau-né). Le « message global de l'OMS » est le suivant :

- la plupart des décès maternels et néonataux sont évitables ;
- pour prévenir ces décès, toutes les femmes enceintes doivent avoir accès à du personnel qualifié (skilled attendants) et un environnement favorable incluant un système de référence effectif ;
- tous les pays devraient commencer immédiatement à mettre en place les interventions connues pour être coûteuses, la plupart étant peu coûteuses.

L'ensemble des organismes internationaux s'est mis d'accord sur les actions qui doivent être mises en place. Les tableaux II, III et IV les listent. Le détail des prises en charge cliniques à destination des différentes catégories de personnels de santé est décrit dans le livre IMPACT (22). Si la plupart de ces interventions peuvent apparaître faciles à mettre en place et fort peu coûteuses (ex : partographe, sulfate de magnésium), leur mise en œuvre se heurte à de grosses difficultés. De plus, elles supposent un niveau de référence chirurgical fonctionnel et accessible capable de prendre en charge de façon adéquate les urgences nécessitant un acte chi-

Tableau II - Interventions cliniques à mettre en œuvre et à rendre accessibles à toutes systématiquement.

- 1 • Consultations Prénatales : cf. guide de l'OMS pour la CPN 21.
- 2 • Utiliser le sulfate de magnésium pour traiter la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie.
- 3 • Utiliser le partographe pour éviter le travail prolongé, identifier et prendre en charge les dystocies.
- 4 • Assurer à toutes les femmes un soutien social pendant le travail et l'accouchement.
- 5 • Utiliser les oxytociques chez toutes les femmes pour une prise en charge active de la troisième phase du travail.
- 6 • Utiliser les précautions universelles pendant l'accouchement pour une prévention de l'infection du post-partum.
- 7 • Utiliser prophylactiquement les antibiotiques chez les femmes subissant une césarienne.
- 8 • Utiliser la « méthode kangourou » (peau à peau) pour tous les nouveau-nés de petit poids de naissance.
- 9 • Commencer l'allaitement au sein exclusif dans l'heure suivant l'expulsion.
- 10 • Utiliser l'aspiration manuelle sous vide pour la prise en charge des avortements incomplets et pour un avortement sécurisé (là où il est autorisé) jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

Tableau III - Pratiques cliniques reconnues efficaces.

-
- 1 • Utiliser les anti-hypertenseurs pour traiter les troubles hypertensifs sévères de la grossesse.
 - 2 • Faire une réanimation de base des nouveau-nés.
 - 3 • Donner des soins post-natals très tôt, à la mère et au nouveau-né.
 - 4 • Adopter l'allaitement maternel exclusif.
 - 5 • Assurer que :
 - les femmes enceintes connaissent leur sérologie VIH ;
 - les interventions spécifiques pour réduire la transmission mère-enfant leur soient fournies ;
 - les soins appropriés et un soutien leur soient prodigués si elles sont VIH + ;
 - elles soient conseillées pour rester séronégative.
 - 6 • Donner un traitement préventif intermittent contre le paludisme et fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticide.
 - 7 • Offrir des méthodes de planning familial à toutes les femmes dans le post-partum et le post-abortum.
-

Tableau IV - Participation individuelle, familiale et communautaire.

-
- 1 • Améliorer l'information des populations sur les problèmes liés à la santé maternelle.
 - 2 • Impliquer les communautés dans la planification et l'évaluation des services.
 - 3 • Lier les matrones aux personnels qualifiés.
-

rurgical (ex : césarienne, hystérectomie d'hémostase) et/ou une transfusion sanguine. Or, on a pu estimer à 5,4% [3,6%-6,5%] le taux de césarienne optimal pour la mère dans les PVD (23). Ceci signifie que la mortalité maternelle ne baissera significativement dans les PVD que si l'offre de soins obstétricaux d'urgence complets permet à une femme sur 20 de bénéficier d'une césarienne.

RÉPONDRE AUX OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE

Augmenter l'offre de soins obstétricaux d'urgence

Dans la plupart des PVD, les soins obstétricaux d'urgence complets sont limités aux grandes villes, ce qui explique le grand différentiel rural/urbain de mortalité maternelle. Encore, même dans les grandes villes d'Afrique subsaharienne, les maternités chirurgicales n'offrent-elles pas toutes l'ensemble des soins nécessaires. Rares sont celles où la transfusion sanguine peut être pratiquée en routine. Le taux de césarienne excessivement bas même en milieu urbain africain (<1,3%) témoigne aussi d'une offre de soins très limitée, alors qu'en Amérique Latine ce taux est au contraire excessivement élevé (près de 50% dans certaines villes).

Pour cela il faut augmenter le nombre des personnels qualifiés. Le nombre de gynéco-obstétriciens et de sages-femmes est très faible en Afrique subsaharienne alors que tous les pays disposent de facultés de médecine et d'écoles de sages-femmes. Les capacités d'encadrement sont encore limitées pour la formation des gynéco-obstétriciens. Un pays comme le Sénégal n'en forme pas plus de 15 par an, dont une proportion importante d'étrangers. Suite aux obligations

imposées par le FMI de limiter voire de réduire la masse des fonctionnaires, certains pays comme le Maroc par exemple ont dû fermer pendant de nombreuses années leurs écoles de sages-femmes, faute de pouvoir les recruter à leur sortie. D'autres ont dû restreindre le nombre de sages-femmes en formation tandis que d'autres n'ont plus eu l'autorisation de les recruter dans la Fonction Publique une fois diplômées. Il y a donc eu là une opposition nette entre contraintes économiques et besoins de santé des populations. La santé étant maintenant prioritaire, de nombreux pays ont pu augmenter le nombre de sages-femmes en formation ou ré-ouvrir les écoles fermées. Toutefois, le nombre d'écoles reste largement insuffisant. Pour laisser le temps nécessaire à la formation longue et difficile de gynéco-obstétriciens, certains ont proposé de former des médecins généralistes aux actes obstétricaux vitaux, tels que la césarienne. Mais, dans beaucoup de pays, cette proposition s'est heurtée aux sociétés de gynécologie et obstétrique. Le Mozambique l'a pourtant réussi avec succès (24).

Il faut ensuite augmenter le nombre de structures offrant des SONU. Construire ou rénover, puis équiper des maternités offrant des SONU a un pré-requis : la disponibilité de personnels qualifiés en nombre. Or, c'est justement ce qui n'existe pas. Dans certains pays où de telles structures ont été mises en place, leur fonctionnement se heurte à ce problème. Même si, dans quelques-unes, des sages-femmes et un obstétricien ont été affectés, ceux-ci sont en nombre insuffisant pour faire face à la demande. Un seul obstétricien ou une seule sage-femme, ne peuvent assurer la permanence des soins 24h sur 24. Or, c'est ce qui leur est souvent demandé dans les maternités périphériques. Cette situation contribue à démotiver le personnel qualifié et à lui faire abandonner ces structures. Or, le coût de l'équipement d'une maternité chirurgicale est élevé et les frais de fonctionnement le sont également. Les maigres moyens financiers et humains alloués par les états ne permettent pas de les faire fonctionner de façon adéquate ouvrant la voie à toutes les pratiques frauduleuses (corruption, racket, etc.).

Réguler l'offre de SONU

Les connaissances acquises en matière d'épidémiologie de la mortalité et de la morbidité maternelles ainsi que l'expérience des programmes de réduction de la mortalité maternelle depuis une décennie permettent de planifier et de mieux organiser l'offre de SONU. Mais le développement rapide d'un secteur privé, souvent non contrôlé par l'Etat, rend purement théorique la planification sanitaire. Les rares personnels qualifiés, démotivés par des salaires très bas, des conditions de travail difficiles, une absence de reconnaissance, des décisions arbitraires de la hiérarchie, fuient littéralement vers le secteur privé lucratif tout en restant officiellement dans la Fonction Publique ou se font recruter par ces mêmes organismes qui se plaignent de l'insuffisance de personnel qualifié dans les maternités (organismes internationaux, ONG, bureaux d'études, etc.). Les maternités publiques sont donc de plus en plus désertées par les personnels qualifiés qui restent pourtant présents en théorie. Les accouchements sont donc de facto réalisés par du personnel

non qualifié. Cette situation conduit en outre à surestimer la proportion d'accouchements réalisés par du personnel qualifié, indicateur clef pour le suivi des programmes de réduction de la mortalité maternelle. La régulation efficace de l'offre de SONU nécessite donc une amélioration de la gestion des ressources humaines, la mise en place et le contrôle du respect de règles claires et justes avec le secteur privé, la reconnaissance des besoins des personnels qualifiés. On pourrait ainsi imaginer la mise en place d'un secteur privé dans les maternités publiques pour certaines catégories de personnel, comme la France a été obligée de le faire pour garder ses praticiens dans ses hôpitaux publics. D'autres solutions sont bien sûr envisageables.

Améliorer l'accessibilité aux SONU

Dans les zones urbaines d'Afrique sub-saharienne, 90% des femmes ont au moins une consultation prénatale durant leur grossesse, 80% en ont au moins trois et la même proportion (80%) accouchent dans les services de santé (25). En zone rurale, ces taux sont bien souvent inférieurs à 10%. L'accessibilité géographique s'améliore uniquement par la déconcentration des moyens vers les régions, la formation de personnels qualifiés en nombre suffisant, la mise en place de structures offrant l'intégralité des SONU. Les difficultés et perspectives ont été examinées ci-dessus. L'organisation de réseaux de maternité avec des systèmes fonctionnels de référence et contre-référence sont en outre indispensables (26). De plus, le transport et surtout les évacuations, d'un niveau de la pyramide sanitaire vers le niveau de référence doivent être organisés et un mode de financement équitable trouvé.

L'accessibilité financière est un enjeu majeur. Les états ne fournissant plus de moyens financiers suffisants pour assurer les coûts de fonctionnement des maternités, y compris des maternités de référence, chaque équipe essaye de trouver des solutions, bien souvent en dehors de tout contrôle et de toute transparence, ce qui laisse libre cours à tous les débordements (cf. infra). En Afrique sub-saharienne, les femmes doivent acheter par elle-même avant d'être prises en charge au plan médical le matériel de base : gants, antiseptiques, compresses, fils, médicaments. Ce matériel de base doit évidemment être complété en cas d'acte chirurgical ou de transfusion. Les montants nécessaires dépassent bien souvent les moyens et/ou les disponibilités en liquidité des familles. Les quelques expériences contrôlées de recouvrement des coûts en SONU laissent penser que l'état devrait participer, notamment pour les familles les plus démunies (27). L'expérience en cours à Nouakchott (Mauritanie) permet d'espérer qu'un système équitable est possible mais l'évaluation n'est pas encore faite (Ph. Renaudin, communication personnelle). Des expériences de mutuelles spécifiques sont en cours dans plusieurs pays, notamment à Ouagadougou (Programme AQUASOU). Bien que les dysfonctionnements majeurs des services de santé obstétricale n'aient rien pour attirer les usagères, leur important taux d'utilisation là où ils sont géographiquement accessibles montre que les femmes et leurs familles ont bien conscience de leur utilité. Le manque d'accessibilité culturelle, souvent évoquée par les personnels, les responsables des services de

santé et les bailleurs de fonds pour expliquer leurs échecs n'ont donc aucune base. L'offre détermine la demande, comme en témoignent largement ces forts taux d'utilisation. Par contre, les femmes et leurs familles connaissent mal les signes d'alerte pendant la grossesse et doivent être informées pour prendre les dispositions à temps.

Améliorer la qualité des SONU

Il faut pour cela assurer aux usagers le respect de leur personne, de leur droit et de l'éthique médicale. Jusqu'à une date récente, la réalité du vécu des femmes dans les services de santé faisait l'objet de présupposés jamais vérifiés. Une grande naïveté des « développeurs » et le silence intéressé des responsables des services de santé permettait de « faire comme si ». « Comme si » les femmes étaient bien accueillies et respectées, « comme si » la corruption n'existait pas, « comme si » tous les personnels étaient baignés par la même éthique et la même déontologie que celle qui règne dans les pays occidentaux (grâce notamment aux lois et au pouvoir des usagers), « comme si » les personnels qualifiés étaient ceux qui pratiquaient les actes pour lesquels ils sont qualifiés... Rien de tout cela n'est malheureusement vérifié dans la plupart des services de santé en Afrique sub-saharienne. Les données sur les autres régions étant succinctes, on ne peut faire que des hypothèses. Une première étude anthropologique avait montré les relations hostiles et les mauvais traitements prodigués aux parturientes à Niamey dans les maternités publiques (28, 29). Une vaste étude anthropologique multicentrique sur un gros échantillon, financée par l'UNICEF, a montré que la même situation prévalait dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest étudiées (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) (30). Elle a été aussi retrouvée dans des contextes aussi différents que l'Équateur (D.Fassin, communication personnelle), Haïti (A.Pruval, communication personnelle) et l'Afrique du Sud (31). Des expériences sont en cours dans différents pays d'Afrique sub-saharienne pour faire prendre conscience aux personnels de leur attitude et « permettre aux femmes d'exister » en tant qu'êtres humains et non en tant que « cas » et simples clientes d'un commerce. Ces expériences mettent en œuvre les recommandations issues de l'enquête dans les cinq capitales citées ci-dessus dans le Programme AQUASOU (Fond de Solidarité Prioritaire Mobilisateur financé par le ministère français des Affaires étrangères. Son objectif est de contribuer à améliorer la qualité et l'accès à des SOU dans les PVD].

Il faut ensuite diminuer l'absentéisme des personnels de santé qualifiés. Outre la violence verbale, sociale et souvent physique exercée à l'encontre des parturientes dans les services de santé maternelle en Afrique sub-saharienne, ces études anthropologiques ont révélé que les accouchements étaient rarement pratiqués par les personnels qualifiés en SONU mais par les filles de salle ou les fameuses « bénévoles », formées par l'observation de leurs aînées. Les sages-femmes n'interviennent qu'en cas d'urgence, souvent quand il est trop tard ou lorsque la femme a su et pu suivre les canaux « infomels » et contribuer financièrement à leurs revenus. Ces enquêtes ont même pu quantifier la somme que devait verser « derrière le comptoir » les femmes pour être

prises en charge par une sage-femme, voire un médecin, ceci même lorsqu'un système officiel de recouvrement des coûts est mis en place. Bien sûr, il existe des exceptions à cette situation dramatique. Les solutions suggérées pour réguler l'offre de SONU (cf. ci-dessus) devraient permettre de résoudre cet absentéisme et ce refus d'exercer ses fonctions.

Il faut enfin susciter la mise en œuvre des pratiques d'audit. Derrière les nombres se cachent des histoires individuelles. Retracer le parcours des femmes décédées, avant et pendant l'événement qui les a conduites à la mort, permet de mieux comprendre l'enchaînement fatal des événements et donc de trouver des solutions. La démarche n'est pas facile car elle oblige à une remise en cause. La participation des personnels à la démarche est fondamentale car le fait de regarder en face les causes sous-jacentes d'un décès maternel donne souvent envie de modifier ses attitudes et pratiques. Ces expériences personnelles entraînent en effet une autoréflexion. Les audits concernent le plus souvent les décès maternels mais ils peuvent aussi étudier la morbidité. Les différents types d'audit avec leurs inconvénients et leurs avantages sont décrits dans un ouvrage publié par l'OMS (32). Il recense les cinq types suivants d'audit : l'étude sur les morts maternelles dans la communauté, l'étude sur les morts maternelles en établissement, l'enquête confidentielle sur les morts maternelles (enquêtes nationales dans les pays européens), l'enquête sur la morbidité grave, la vérification clinique. Tous les programmes de lutte contre la mortalité maternelle tentent maintenant de mettre en place l'une ou l'autre de ces techniques en fonction du contexte local et national car l'audit apparaît comme le meilleur moyen de mettre en évidence et de faire prendre conscience des dysfonctionnements des services de santé obstétricaux.

CONCLUSION

Les outils et les approches développés pour diminuer la mortalité maternelle et néonatale, basés sur la preuve scientifique, font maintenant l'objet d'un consensus dans la communauté internationale. Leur degré de mise en œuvre est variable dans chaque pays mais, dans l'ensemble, les mêmes problèmes émergent à l'intérieur de grandes entités géographiques.

Les seuls outils de la santé publique ne suffiront pas à mettre en œuvre des programmes efficaces car, pour être efficaces, ils doivent tenir compte des réalités, souvent ignorées ou méconnues par cette discipline et ses acteurs. Il ne suffit pas de former du personnel qualifié en SONU pour que ce dernier soit non seulement à son poste mais mette en œuvre ses compétences ; il ne suffit pas d'organiser officiellement un système de recouvrement des coûts pour empêcher le racket des usagères ; il ne suffit pas de former les sages-femmes aux droits des clientes pour qu'elles se comportent humainement et éthiquement avec les femmes ; il ne suffit pas de discours moralisateurs pour que les personnels fassent avec efficacité et conscience leur travail ; il ne suffit pas de fonds, fussent-ils importants (quand ils proviennent des bailleurs de fonds) pour donner accès aux femmes à des SONU accessibles et de qualité.

S'il paraît logique que la santé publique reste la discipline leader en santé maternelle avec la gynéco-obstétrique, elle ne saurait avoir aucune efficacité sans un partenariat étroit et égalitaire avec d'autres disciplines : la socio-anthropologie qui permet de connaître le vécu des usagères et des personnels ; l'économie de la santé qui permet de concevoir des systèmes de mutualisation du risque viables ; les sciences politiques qui permettent de mieux identifier les facteurs politiques interférant et de trouver les facteurs de motivation pour l'engagement indispensable des hommes politiques ; les spécialistes de la mobilisation politique et communautaire qui permettent d'organiser et de mobiliser des groupes de pression sans qui il est rare que les hommes politiques avancent.

RÉFÉRENCES

- 1 - BOUVIER-COLLE MH - Mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : données statistiques et amélioration des soins obstétricaux. *Med Trop* 2003 ; **63** : 2-9.
- 2 - MEASURE DHS+ - Demographic and Health Surveys. Providing information for informed decisions in population, health and nutrition. www.measuredhs.com: MEASURE DHS+, 2004.
- 3 - PRÉVENIR LA MORT TRAGIQUE DE LA MÈRE - Rapport sur la Conférence internationale sur la Maternité Sans Risque. International Conference on Safe Motherhood, Nairobi (Kenya). World Bank Publications ed, Washington DC, 1987.
- 4 - ABOUZAHR C, WARDLAW T - Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bull World Health Organ* 2001 ; **79** : 561-568.
- 5 - DE GROOF D, VANGEENDERHUYSEN C, JUNCKER T, FAVIRA - Impact of the introduction of a partogram on maternal and perinatal mortality. Study performed in a maternity clinic in Niamey, Niger. *Ann Soc Belg Med Trop* 1995 ; **75** : 321-330.
- 6 - LANKOANDÉ J, SONDO B, OUÉDRAOGO C *et Coll* - La mortalité maternelle au centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso). A propos de 123 cas colligés en 1995. *RESP-Info* 1997;45(2):174-176.
- 7 - BOUVIER-COLLE MH, PEQUIGNOT F, JOUGLAE - Maternal mortality in France: frequency, trends and causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris) 2001 ; **30** : 768-775.
- 8 - CHEN L, GESCHE M, AHMED S *et Coll* - Maternal mortality in rural Bangladesh. *Stud Fam Plan* 1975 ; 334-341.
- 9 - KONAR M, SIKDAR K, BASAK S, LAHIRI D - Maternal mortality: ten year's survey in Eden hospital. *J Ind Med Assoc* 1980 ; **75** : 45-51.
- 10 - AGARWAL B, BARE T, HENRIQUES MI *et Coll* - Engendering Adjustments for the 1990s: Report of a Commonwealth Expert Group on Women and Structural Adjustment. Commonwealth Secretariat ed, London, 1990.
- 11 - UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME - Rapport sur le Développement Humain. Oxford University Press ed, New York, 1998.
- 12 - VANGEENDERHUYSEN C, PRUAL A, OULD EL JOUD D - Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2001 ; **73** : 65-66.
- 13 - PRUAL A, HUGUET D, GARBIN O, RABEG - Severe obstetric morbidity of the third trimester, delivery and early puerperium in Niamey (Niger). *Afr J Reprod Health* 1998 ; **2** : 10-19.
- 14 - PRUAL A, BOUVIER-COLLE MH *et Coll* - Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull World Health Organ* 2000 ; **78** : 593-602.
- 15 - SAYL L, PATTINSON R, GÜLMEZOĞLU A - WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health* 2004 ; **1** : 1-12.

- 16 - PAPIERNIK E - La réduction de la mort maternelle; analyse historique. In «BOUYER J, BRÉART G, DELECOUR M *et Coll* - Réduire la Mortalité Maternelle dans les Pays en Voie de Développement. Pour un Programme d'Action». Centre International de l'Enfance-INSERM ed, Paris, 1988, pp 33-57.
- 17 - LOUDON I - Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950. Oxford University Press ed, Oxford, 1992.
- 18 - BACKETT E, DAVIES A, PETROS-BARZAVIAN A - The risk approach in health care, with special reference to maternal and child health. World Health Organization ed, Geneva, 1984.
- 19 - OULD EL JOUD D, BOUVIER-COLLE MH - Dystocia: a study of its frequency and risk factors in seven cities of west Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; **74** : 171-178.
- 20 - OULD EL JOUD D, PRUAL A, VANGEENDERHUYSEN C, BOUVIER-COLLE MH - Epidemiological features of uterine rupture in West Africa (MOMA Study). *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002; **16** : 108-114.
- 21 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. WHO Programme to Map Best Reproductive Health Practices ed, Geneva, 2002.
- 22 - WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNFPA, UNICEF, WORLD BANK - Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. WHO ed, Geneva, 2000.
- 23 - DUMONT A, DE BERNIS L, BOUVIER-COLLE MH, BRÉART G - Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet* 2001; **358** : 1328-1333.
- 24 - PEREIRA C, BUGALHO A, BERGSTRÖM S *et Coll* - A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; **103** : 508-512.
- 25 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Coverage of Maternity Care: a Listing of Available Information. In «Motherhood MaNHS». WHO ed, Geneva, 1996, pp 136.
- 26 - MUGISHO E, DRAMAIX M, PORIGNON D *et Coll* - Referral and delivery outcomes in Kivu, Democratic Republic of Congo. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003; **51** : 237-244.
- 27 - PRATA N, GREIG F, WALSH J, WEST A - Ability to pay for maternal health services: what will it need to meet WHO standards? *Health Policy* 2004; **70** : 163-174.
- 28 - JAFFRE Y, PRUAL A - Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc Sci Med* 1994; **38** : 1069-1073.
- 29 - JAFFRÉ Y, PRUAL A - Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Sante* 1993; **11** : 63-80.
- 30 - JAFFRÉ Y, OLIVIER DE SARDAN JP - Une médecine inhospitalière - Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Apad-Karthala ed, Paris, 2003.
- 31 - JEWKES R, ABRAHAMSON N, MVO Z - Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric services. *Soc Sci Med* 1998; **47** : 1781-1795.
- 32 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. WHO ed, Geneva, 2004.

• Flash info • Flash info • Flash info • Flash info • Flash info • Flash info •

A compter du 1^{er} février, l'Institut de médecine tropicale du service de santé des armées (Le Pharo) met en ligne son site réactualisé :

www.actu-pharo.com

Les anciens numéros de la revue Médecine Tropicale seront accessibles en texte intégral (années 2001 et 2003 à l'ouverture du site). Les années antérieures seront progressivement mises en ligne, puis chaque année sera présente sur le site six mois après la parution du dernier numéro de l'année précédente.

Le site :

www.pharo2005.org

présente toutes les activités programmées pour les manifestations du Centenaire du Pharo qui auront lieu le 16 septembre 2005. Le bulletin d'inscription (page 602) est présent sur ce site.