

**LA PREVENTION DE LA MORTALITE MATERNELLE  
PAR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE**



**DONNER LA VIE ET RESTER EN VIE**

# REMERCIEMENTS

**L**e CEFOREP remercie toutes les personnes et les institutions qui ont contribué à la production de la présente brochure. En particulier, il exprime sa gratitude :

- au Professeur Fadel Diadhio, Président de la SAGO, pour son soutien constant
- au Bureau for Africa/Office of Sustainable Development de l'USAID pour son appui financier, à travers le Projet SARA de l'Academy for Educational Development (AED)
- à l'équipe du Projet SARA/AED pour son appui technique, à travers son staff à AED, et ses collaborateurs : Morehouse School of Medicine, Population Reference Bureau (PRB) et Africa Consultants International (ACI)
- A Fatim Louise Dia , Alpha Boubacar Diallo, Caroline Blair, Renuka Bery, Suzanne Prysor-Jones, Susheela Engelbrecht, Tidiane Ndoye, Sié Offi Somé, Bougouma Fall et Lalla Touré pour leur contribution à la correction et à la finalisation de ce document.

## EQUIPE DE REALISATION

### RÉDACTION

D<sup>r</sup> Défa Wane (Consultant en santé publique)

M. Gary Engelberg (ACI/SARA)

M. Edmond Bagdé (ACI/SARA)

### MONTAGE

M. Gary Engelberg

M. Charles D. Silva (ACI/SARA)

Une publication du Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP)  
B.P. 22340 Dakar-Ponty, Sénégal - Tél. 221 823 37 64 - Fax : 221 823 81 13 - E mail : ceforep@sentoo.sn

Avec financement du Bureau for Africa/Office of Sustainable Development de l'USAID  
par le biais du Projet "Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique" (SARA) /Academy for Educational Development (AED)

**AFRICA  
CONSULTANTS  
INTERNATIONAL**

• BP 5270 •  
Dakar-Fann  
Sénégal



### MOYENS TECHNIQUES

Africa Consultants International (ACI)

Tél. 221 824 83 38 - Fax : 221 824 07 41

Email : aciannex@enda.sn

Photo Couverture : Unicef-19-39

Photo 4 de couverture : Présentation Power Point Reduce Ouganda

Maquette : Charles Duarte Silva/ACI

Impression : Imprimerie Saint Paul - Dakar

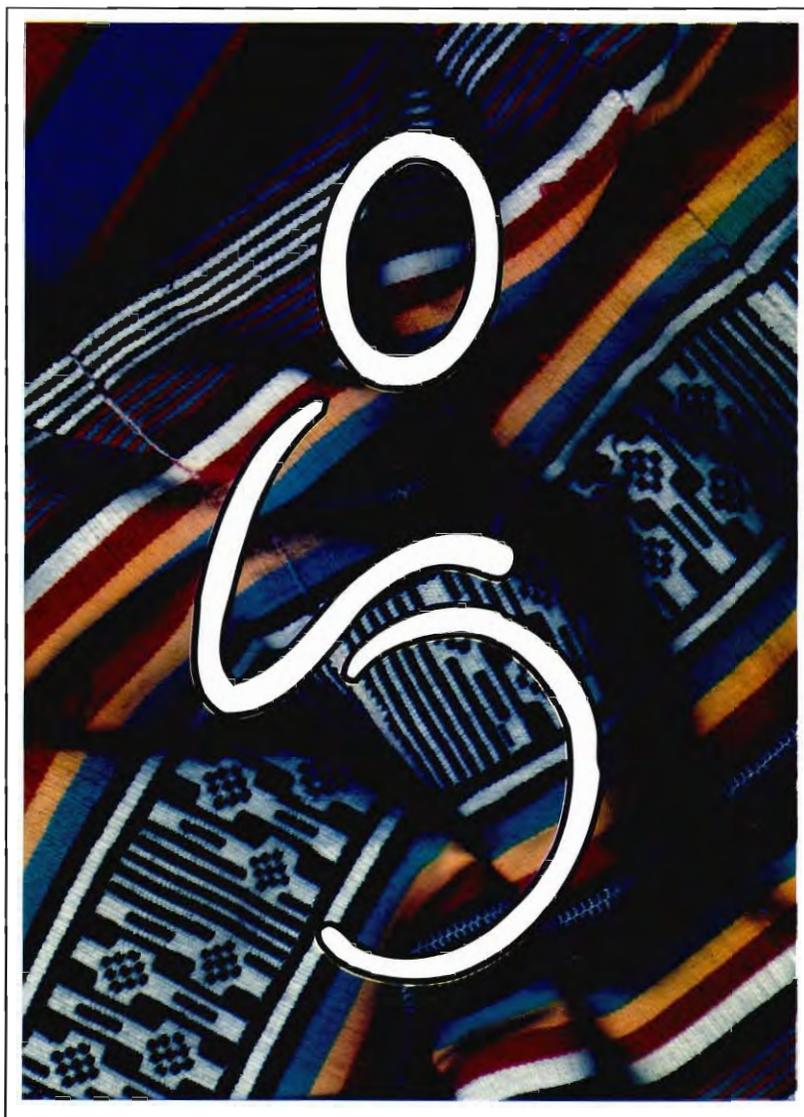
# **LA PREVENTION DE LA MORTALITE MATERNELLE PAR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE**

## **Donner la vie et rester en vie**



**Etude régionale dans quatre pays**

- ♦ **Bénin**
- ♦ **Burkina Faso**
- ♦ **Mali**
- ♦ **Sénégal**



Logo de l'initiative "**Maternité Sans Risques**" sur fond de couverture tissé de Mopti, Mali

# Table des matières

I. Introduction .....	5
Les germes de l'étude .....	5
Les pays ciblés par l'étude .....	6
Méthodologie de recherche .....	9
II. Contexte général .....	11
La cruauté des chiffres, un appel à l'action .....	11
Les interventions pour réduire la mortalité maternelle .....	13
Les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) .....	14
A l'origine de l'initiative "Maternité Sans Risques" .....	15
Contexte de la mortalité maternelle .....	17
III. Les trois retards .....	19
Le premier retard : Une décision d'aller au centre de santé si difficile à prendre .....	21
L'implication de la communauté comme remède .....	22
Les préalables d'une implication communautaire : IEC et mobilisation sociale .....	24
L'élan de solidarité par le partage des coûts .....	26
Le deuxième retard : Ces centres de santé si difficiles à joindre .....	27
Les réseaux de communication .....	28
Le délicat transport des femmes en difficulté .....	29
Le troisième retard : Tant d'obstacles pour recevoir des soins de qualité .....	31
Les soins préventifs : La prise en charge des Grossesses à Risques (G.A.R.) .....	31
Les soins curatifs .....	33
Organisation de la prise en charge des SOU .....	34
La tenue des dossiers des patientes .....	35
La disponibilité du matériel nécessaire .....	36
La disponibilité d'un personnel compétent en nombre suffisant .....	37
Des questions éthiques en suspens .....	39
La délégation : responsabilité et efficacité .....	40
L'analyse des coûts des prestations .....	41
Qualités de l'équipe .....	42

IV. Résultats de l'étude .....	43
Données semi-quantitatives .....	43
V. Pérennité des actions en cours .....	45
VI. Conclusion .....	47
VII. Recommandations générales .....	49
De l'implication de la communauté .....	49
De l'engagement politique et du plaidoyer : .....	50
De l'harmonisation des normes et procédures : .....	50
Du développement social : .....	51
De la collecte et de la dissémination de l'information : .....	52
Bibliographie .....	53
Equipes des études .....	54
Organisations Ressources dans le domaine de la Santé Maternelle .....	55



# I. Introduction

## LES GERMES DE L'ETUDE

**T**out a commencé avec une réunion d'experts tenue à Abidjan en avril 1997 sur la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. De cette rencontre naîtra l'idée de mener une étude sous-régionale sur les progrès réalisés en matière de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU).

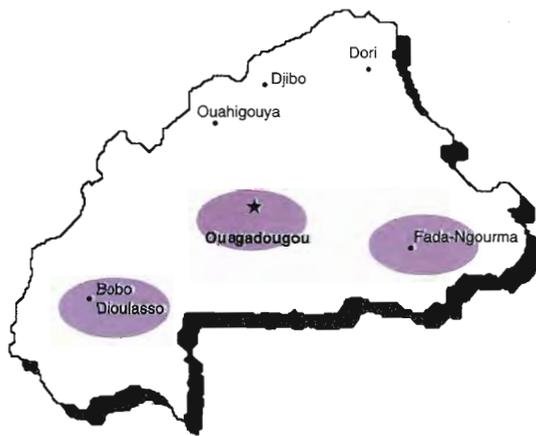
L'initiative gagne très vite l'adhésion du Projet "Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique" (SARA/AED) de l'USAID qui va l'appuyer financièrement, de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO) qui va la parrainer, et du Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) qui en devient le maître d'œuvre.

L'étude s'est déroulée dans quatre pays où il existait déjà des initiatives indépendantes en vue de l'amélioration des SOU : le Bénin, le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal.

# Le Bénin entre l'IB et les SSP

Au **Bénin**, une expérience se déroule depuis 1983 sous l'égide du projet Pahou/Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA), d'abord dans la sous-préfecture de Ouidah (aire de 364 km<sup>2</sup> pour 73 464 habitants, au sud du Bénin), puis dans neuf commune-sentinelles réparties sur le territoire national (environ 54 500 habitants). Ce processus concerne le système sanitaire dans sa globalité avec un volet lié aux autres secteurs de développement.

La stratégie adoptée par les Béninois s'est fondée essentiellement sur l'Initiative de Bamako et les Soins de Santé Primaires, y compris les Soins Obstétricaux d'Urgence. Elle utilise une approche multisectorielle et pluridisciplinaire, qui part du village vers le district, en privilégiant la participation communautaire. Elle comprend un paquet minimum d'activités associant des activités sanitaires et des actions intersectorielles de développement.

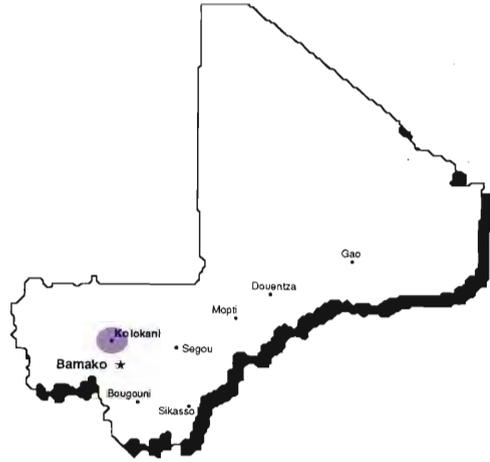


## Le Burkina Faso : les apports du gouvernement et de l'UNICEF

Au **Burkina Faso**, l'appui du bureau régional de l'UNICEF a permis au gouvernement d'initier, dès 1992, un projet d'appui institutionnel au niveau hospitalier. Cet appui se fait par la mise à disposition de kits d'intervention d'urgence, pour résoudre les problèmes liés au retard apporté à l'exécution des activités chirurgicales des Soins Obstétricaux d'Urgence.

L'étude se situe au niveau des trois zones du projet : Bobo Dioulasso (aire de 260 km<sup>2</sup> pour 361 194 habitants), Ouagadougou (aire de 497 km<sup>2</sup> pour 752 216 habitants) et Fada Ngourma (aire de 46 000 km<sup>2</sup> pour 855 394 habitants).

# Le Mali et la participation communautaire



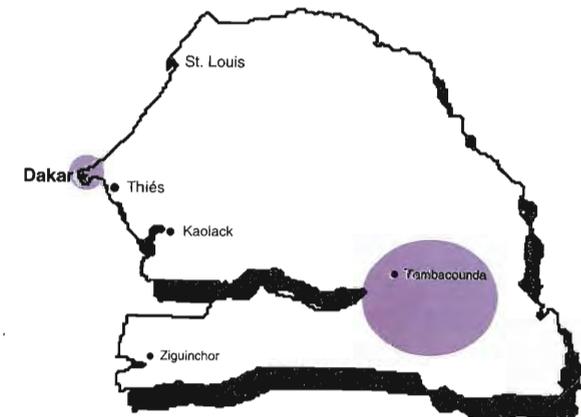
Au **Mali**, l'étude a porté sur le cercle de Kolokani d'une superficie de 14 380 km<sup>2</sup> pour 187 919 habitants. L'expérience des SOU a débuté dans ce pays en 1997, suite à l'élaboration de la politique nationale de développement sectoriel. Elle s'opère au niveau district en s'appuyant essentiellement sur la participation communautaire. Cette démarche s'est traduite concrètement au départ par un système de partage des coûts des évacuations entre l'Association de Santé Communautaire d'une part, le centre de référence et la malade d'autre part. Au bout de trois mois de versements de cotisations par les membres de la communauté, l'Etat malien et l'UNICEF sont parvenus à mettre en place localement un système de radio communication (RAC) et une ambulance, qui témoignent de la réussite de cette expérience.

L'approche malienne se particularise par l'importance qu'elle accorde à la diminution du coût et de la durée de la prise en charge de la patiente. Elle vise, en effet, la réduction du temps entre l'identification du problème de santé et la prise en charge de toutes les urgences, y compris les Soins Obstétricaux d'Urgence (référence-recours).

# Le Sénégal : le rôle déterminant de la CGO

Au **Sénégal**, l'expérience se traduit par un appui institutionnel de la Clinique de Gynécologie-Obstétrique (CGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Le Dantec de Dakar à deux structures de référence en milieu urbain : le Centre de Santé Roi Baudouin de Guédiawaye et l'Hôpital Régional de Tambacounda. Cet appui se concrétise par la mise en place d'un personnel compétent et d'une gamme adéquate de services pour résoudre les urgences obstétricales.

Cette intervention vise l'amélioration du système de référence-recours au niveau des structures périphériques et s'accompagne d'un certain degré de participation communautaire dans les zones rurales (expérience de Tambacounda).





Credit : Hallmark Cards

# Méthodologie de recherche

Une méthodologie commune a été définie pour cette étude lors d'un atelier organisé à Dakar en mai 1998 par le CEFOREP et le Projet SARA. Elle consistait à procéder à une étude descriptive des expériences d'amélioration de la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence dans les quatre pays choisis.

Dans un souci de comparaison, un certain nombre d'indicateurs de base communs à toutes les études ont été retenus. Ces indicateurs devaient permettre de mesurer :

- l'efficacité des Soins Obstétricaux d'Urgence,
- leur accessibilité économique,
- la participation communautaire et
- la pérennisation des projets.

Chaque pays a désigné une équipe pluridisciplinaire (gynécologues, médecins, sociologues, économistes de la santé, sages-femmes et démographes) qui a entrepris une étude nationale entre juin et septembre 1998 et a élaboré un rapport.

Pour examiner la validité des études nationales et les compléter, une équipe régionale également pluridisciplinaire, a été constituée. Suite à ses différentes missions, elle a produit des rapports-pays ainsi qu'un document de synthèse basé sur les critères d'analyse suivants :

- la prise en charge des urgences obstétricales par la communauté ,
- la prise en charge de la référence ou de l'évacuation,
- la qualité des soins.

Ce rapport a servi dans un premier temps de document de base pour un atelier régional sur l'amélioration des Soins Obstétricaux d'Urgence en Afrique de l'Ouest et du Centre, organisé en décembre 1998 à Dakar. Cette rencontre a réuni 60 experts et décideurs politiques venant de huit pays (**Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Mali, Sénégal, Togo**) et plusieurs partenaires et a abouti à des recommandations pour les SOU sur le plan régional.

Un rapport technique a ensuite été publié par le CEFOREP avec la collaboration du personnel de l'équipe SARA et de Africa Consultants International (ACI), sur la base des résultats des études et des recommandations de l'atelier régional sur les Soins Obstétricaux d'Urgence.

La présente brochure puise dans ces différents travaux et s'inspire de leurs données. Elle se veut un outil de vulgarisation des résultats d'études menées, ainsi que de plaider en faveur des interventions de lutte contre le fléau de la mortalité maternelle en Afrique.



**Quelle est la plus grave menace  
pesant sur la vie et la santé des femmes  
dans les pays en voie de développement ?**

**Les complications de la grossesse et de l'accouchement**

**Chaque minute :**

**380** *femmes tombent enceintes*

**190** *femmes sont confrontées à une grossesse non planifiée ou non désirée*

**110** *femmes sont victimes d'une complication liée à la grossesse*

**40** *femmes subissent un avortement à risque*

**1** *femme meurt*

## II. Contexte général

### La cruauté des chiffres, un appel à l'action

**La mort maternelle se définit comme "le décès d'une femme pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou pendant les six semaines suivant la naissance de son bébé..."**

(OMS, 1980)

Les complications liées à la grossesse sont la première cause mondiale de décès et d'infirmité chez les femmes en âge de procréer. Les femmes de tous les pays et de toutes conditions sociales peuvent présenter des complications, mais celles des pays en développement ont moins de chance de recevoir rapidement des soins adéquats ; elles risquent donc plus souvent d'en mourir.

#### *Les chiffres sont effarants :*

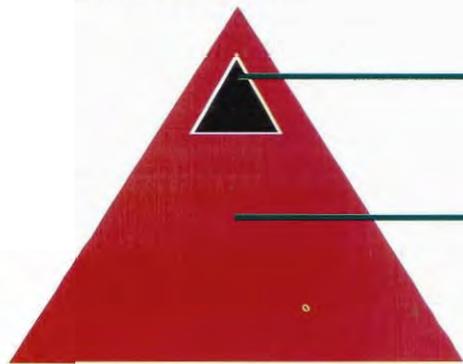
**1600 femmes meurent chaque jour en accouchant dans les pays en voie de développement**

Dans ces pays, la mortalité maternelle est plus de 100 fois plus élevée que dans les pays industrialisés. On estime à 1 sur 7 le nombre de femmes qui risquent de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, alors que ce rapport est de 1 sur plusieurs milliers en Europe et en Amérique du Nord.

Près de 90 % des 585 000 cas annuels de mortalité maternelle dans le monde surviennent en Asie et en Afrique subsaharienne, environ 10 % dans d'autres pays en voie de développement et moins de 1 % dans le monde industrialisé. Dans les pays en voie de développement, 1600 femmes meurent chaque jour en accouchant.

**Dans les pays en développement, la mortalité maternelle est la cause de décès la plus importante chez les femmes en âge de procréer**

(Source : Banque Mondiale World Development Report 1993: Investing in Health)



**1 femme meurt**

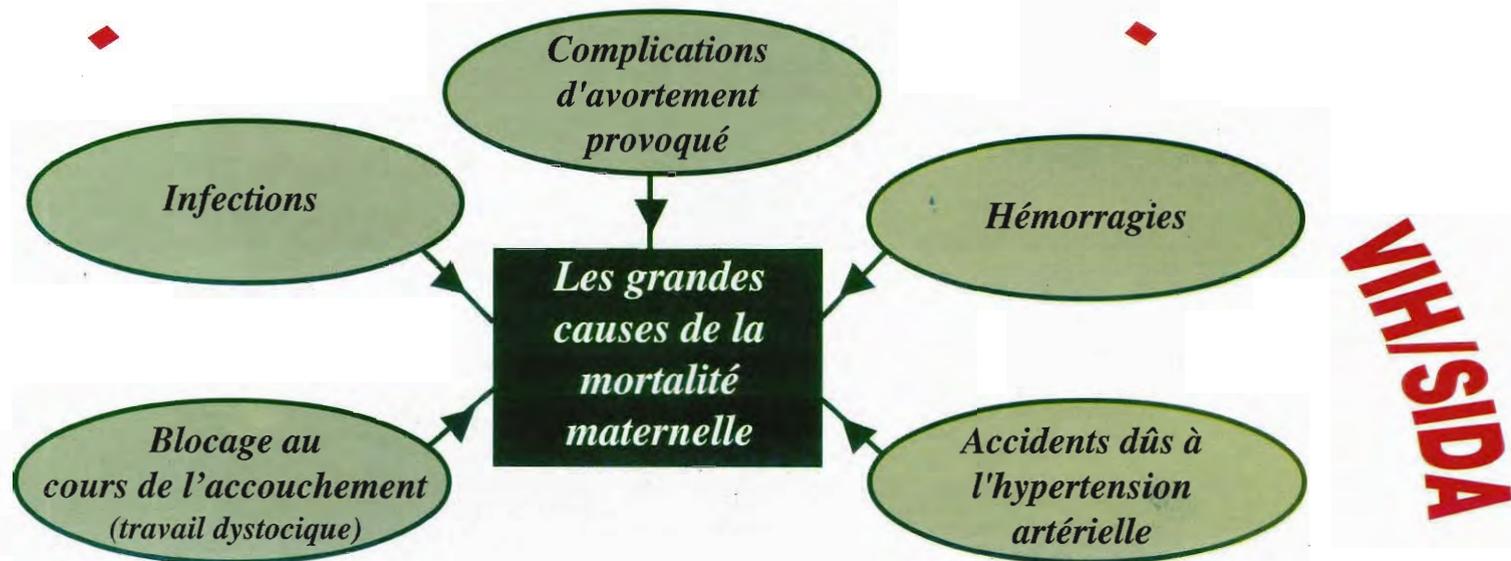
Soixante quinze pour cent des décès maternels sont directement imputables à des complications obstétricales.

**20 à 30 femmes souffrent d'invalidités à court et à long termes**

Toutes les fois qu'une femme meurt en accouchant, on compte entre 20 et 30 autres qui souffrent d'invalidités à court et à long terme.

# PALUDISME

ANEMIE



Au niveau de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le problème de la mortalité maternelle se pose avec acuité : entre 500 et plus de 1000 décès pour 100.000 naissances vivantes sont enregistrés dans les 23 pays de la région. Au Sénégal, par exemple, une femme sur onze peut s'attendre à mourir pour des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement. Les causes directes de ces décès sont les hémorragies, infections, blocage au cours de l'accouchement (travail dystocique), accidents dûs à une hypertension artérielle et complications d'avortements provoqués. Une telle situation est difficilement admissible dans le contexte actuel où il est tout à fait possible de prévenir la plupart de ces décès.



# Les interventions pour réduire la mortalité maternelle

## *Réduire le nombre de décès parmi les femmes souffrant de complications*

Les interventions pour réduire la mortalité maternelle cherchent d'abord à diminuer la probabilité de grossesse chez les femmes en retardant la première grossesse et en encourageant l'espace des naissances par le biais de la planification familiale. Ensuite, pour les femmes enceintes, on essaie de réduire la probabilité qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse ou l'accouchement par le biais de visites prénatales, d'une bonne préparation à l'accouchement, et de mesures préventives. Enfin, on essaie de réduire la probabilité de décès en s'assurant que la femme bénéficie d'une assistance compétente permettant de détecter immédiatement et de prendre en charge promptement toutes complications pouvant survenir pendant le travail.

C'est dans cette dynamique de réduire le nombre de décès parmi les femmes souffrant de complications que s'inscrit cette brochure parce qu'elle rend compte d'expériences heureuses relatives à la réduction de la mortalité maternelle en Afrique au Sud du Sahara par le biais des Soins Obstétricaux d'Urgence.

**Diminuer la probabilité de grossesse chez la femme**

**Retarder la première grossesse  
Espace des naissances  
Planification familiale**

**Diminuer la probabilité de complications graves pendant la grossesse ou l'accouchement**

**Visites prénatales  
Dépistage des Grossesses à Risques, et actions préventives  
Préparation à l'accouchement  
Assistance compétente au cours de l'accouchement**

**Diminuer la probabilité de décès chez les femmes souffrant de complications**

**Soins Obstétricaux d'Urgence de qualité y compris soins après avortement**

# Les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU)

*Assurer à  
des milliers  
de femmes  
une  
maternité à  
moindre  
risques*

Les Soins Obstétricaux d'Urgence sont les soins qui sont donnés aux femmes enceintes avant, pendant ou après l'accouchement en cas de complications qui mettent leur vie en péril. Ces soins supposent un ensemble de gestes techniques tels que l'administration d'antibiotiques ou de médicaments qui augmentent la contraction de l'utérus ou arrêtent les convulsions, l'extraction manuelle du placenta et l'évacuation de l'embryon en cas d'avortement incomplet, et enfin l'accouchement assisté par voie vaginale. Ces soins constituent les SOU de base qui doivent être disponibles dans les centres de santé. A l'hôpital de district, en plus de ces soins de base, on doit pouvoir faire des transfusions de sang et des césariennes. L'administration de solutions intraveineuses et de l'anesthésie sont d'autres compétences importantes à ce niveau.

Des initiatives en SOU comme celles qui sont décrites dans cette étude méritent attention et adhésion, parce qu'elles démontrent que quelque chose peut être fait. Elles revendiquent une nouvelle vision, beaucoup plus pratique, de la prévention de la mortalité maternelle. Elles font entrevoir la possibilité d'une réduction substantielle de ces tragédies évitables. Elles nous projettent dans un avenir proche où l'on pourra assurer à des milliers de femmes une maternité à moindre risque en leur donnant des conditions appropriées pour donner la vie sans pour autant perdre la vie.

Il est bien vrai que le bout du tunnel est encore loin. Mais il est tout aussi évident que les efforts énormes qui ont été consentis commencent à porter leurs fruits. Cette brochure va donc dans ce sens en s'assignant une mission : plaider en direction des principaux acteurs que sont non seulement les décideurs, les élus, et les professionnels de la santé, mais aussi les communautés, les usagères et l'opinion publique. Tout ceci a pour but de les interpeller sur l'ampleur du problème, les informer des progrès réalisés dans certains pays de la sous-région, les inciter à développer des stratégies et entreprendre des actions de lutte appropriées contre la mortalité maternelle.



# A l'origine de l'initiative "Maternité Sans Risques"



L'initiative de la "Maternité Sans Risques" a démarré à Nairobi en 1987. Elle sera renforcée à Niamey deux ans plus tard, en 1989. Le but de cette initiative était de diminuer le nombre de décès maternels de moitié avant l'an 2000. La mortalité maternelle était alors estimée dans le monde à 500.000 décès par an. Or trois ans plus tard, les nouvelles estimations de l'OMS relatives à la mortalité maternelle étaient pires : presque 585.000 femmes sont décédées suites aux complications de la grossesse et de l'accouchement – soit 85.000 de plus que ne l'avait suggéré les estimations antérieures.

**La valeur  
d'un  
personnel  
formé pour  
assurer une  
maternité à  
moindre  
risques**

Dix ans plus tard, il a fallu se rendre à l'évidence que des difficultés existent à l'échelle mondiale pour mesurer avec certitude la mortalité maternelle et la réduire. Ce constat a été fait par une consultation technique effectuée par le Groupe Inter Agences sur la Maternité Sans Risques (IPPF, FNUAP, UNICEF, FIGO, FCI et OMS) tenue à Colombo (Sri Lanka) du 18 au 23 octobre 1997.

Dès lors, il fallait parer au plus pressé. Des solutions ont été proposées. Une unanimité s'est dégagée pour reconnaître la valeur d'un personnel formé pour assurer une maternité à moindre risque. Ce constat sera relayé un peu plus tard par l'Atelier International de Colombo qui a eu le mérite de toucher le problème du doigt : l'insuffisance notoire en personnel qualifié dans la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara pour faire face à cette tragédie. Les participants à cet atelier, sponsorisé conjointement par la FIGO, MCI, OMS et ICM, ont alors préconisé comme solution la délégation de responsabilité à tous les niveaux, en particulier au niveau communautaire. En effet, vu le nombre limité de médecins formés dans cette région – en général, 1 médecin pour 36.000 habitants – la formation de sages-femmes et de matrones en SOU s'avère indispensable. Cette proposition s'est révélée fondée car on s'est rendu compte effectivement que la délégation existe pour certaines prestations de service, telles que les consultations pré et postnatales, mais pas pour les Soins Obstétricaux d'Urgence.

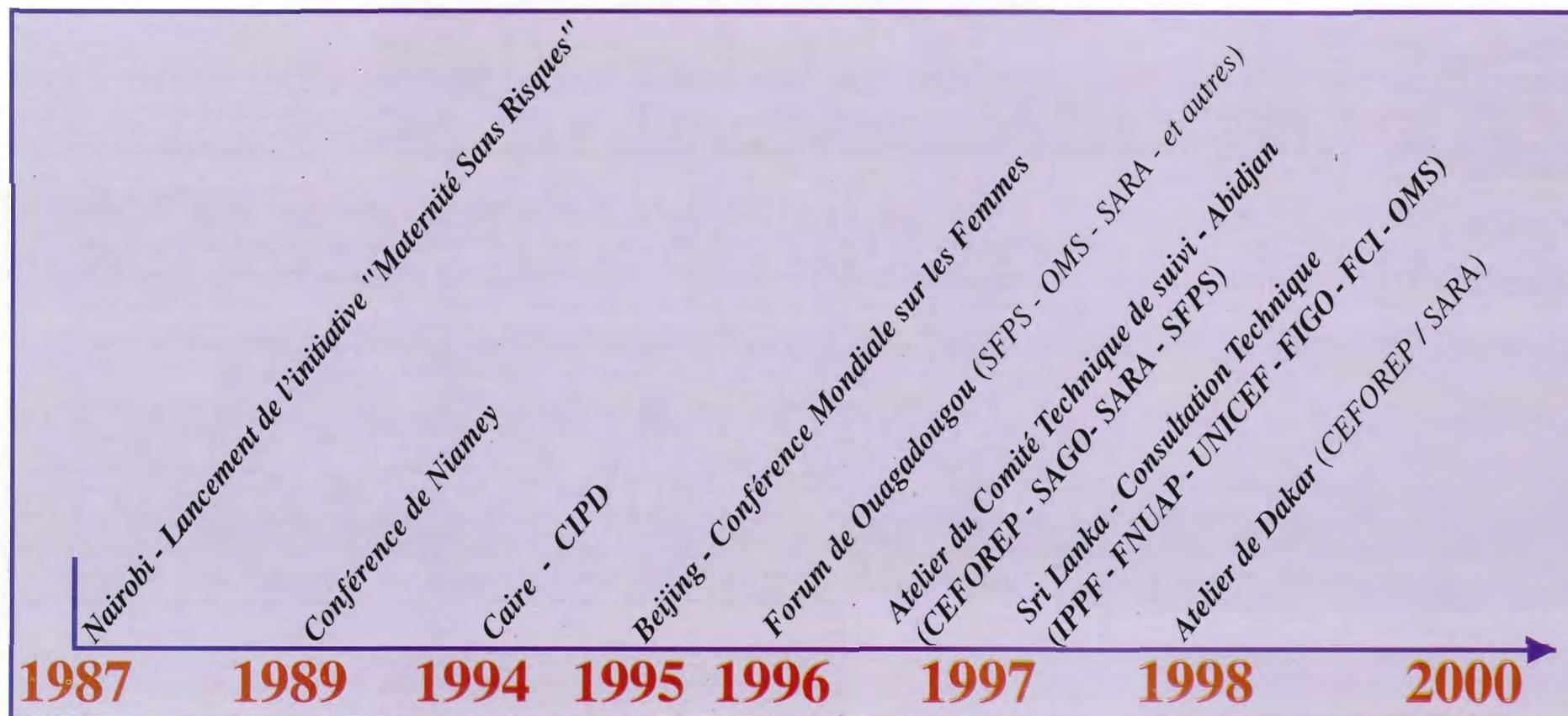
En poussant la réflexion, une autre préoccupation s'est dégagée : une réduction de la mortalité maternelle ne peut être possible sans une prise en charge efficace des complications obstétricales. D'où la recommandation d'assurer partout la disponibilité de soins adéquats et rapides. Cette cause avait déjà gagné l'adhésion des organisateurs et des participants des grandes rencontres internationales. D'abord la conférence du Caire (CIPD, 1994), ensuite celle de Beijing (1995) ont inscrit tour à tour dans leurs préoccupations l'inadéquation des Soins Obstétricaux d'Urgence dans les pays en voie de développement.

Au niveau de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le forum de Ouagadougou en septembre 1996, a servi de point de départ d'une initiative lancée par le projet SARA en collaboration avec la SAGO, le Projet SFPS et le CEFOPREP, qui débouchera sur un atelier du Comité technique de suivi. Organisée en avril 1997 à Abidjan, cette rencontre inscrit également les Soins Obstétricaux d'Urgence et les soins après l'avortement au centre de ses priorités dans la sous-région.

Un an plus tard, (décembre 1998) lors d'un atelier organisé à Dakar par SARA et le CEFOREP, les participants ont recommandé la mise en œuvre de stratégies efficaces et au meilleur coût pour réduire la mortalité maternelle. Ils ont également fait des Soins Obstétricaux une véritable priorité pour les pays et les gouvernements de la région. Dans leur démarche, deux stratégies ont été retenues :

- Identifier les principales causes des problèmes recensés et réagir efficacement en établissant des priorités de façon pertinente ;
- Initier un plaidoyer puissant en direction des principaux acteurs que sont les décideurs, les élus, les professionnels de la santé, les communautés, les usagers et l'opinion publique.

## Temps forts dans l'initiative "Maternité Sans Risques"



# Contexte de la mortalité maternelle

*Un pays n'a pas besoin d'être riche pour améliorer la situation de maternité à moindre risques*

C'est dans un contexte très complexe que le combat pour la prévention de la mortalité maternelle est mené en Afrique de l'Ouest et du Centre. En fait, à la volonté affichée, d'œuvrer pour la prévention de la mortalité maternelle dans cette zone s'opposent malheureusement nombre de facteurs objectifs qui tendent à freiner ce dynamisme :

- un **niveau insuffisant d'efforts pour améliorer les soins que les femmes doivent recevoir en cas de complications lors de l'accouchement ou suite à un avortement** (soins curatifs) bien qu'une attention particulière soit réservée au suivi de la grossesse (soins préventifs) afin d'éviter des problèmes lors de l'accouchement. Cette stratégie d'identification des Grossesses à Risque (G.A.R.) est importante, mais elle se révèle, malheureusement, insuffisante pour prévenir la mortalité maternelle ;
- **une politique de décentralisation** (transfert de compétences et de ressources, développement d'une autonomie de gestion...) en cours de réalisation, **sans préparation suffisante des responsables des structures sanitaires** ;
- **l'absence d'une approche globale dans la résolution des problèmes de santé**, particulièrement ceux liés à la mortalité maternelle. En termes clairs, tous les facteurs, notamment non-médicaux, qui sont à l'origine de la mort des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement, n'ont pas suffisamment été pris en compte. Pourtant, il est établi que les approches pluridisciplinaires et multisectorielles pourraient efficacement aider dans ce sens ;
- **une pauvreté de plus en plus grande des populations** qui a des implications notamment pour le déplacement des malades, l'achat de médicaments, la nutrition et l'état général de santé des femmes ;
- **l'aggravation de la mortalité maternelle par l'infection à VIH/SIDA** ;
- **la dispersion et le gaspillage des ressources** ;
- **le manque de circulation de l'information** sur les bonnes expériences aux niveaux national et régional.

Cependant, tous les indicateurs ne sont pas au rouge. L'exemple du **Costa Rica** montre qu'un pays n'a pas besoin d'être riche pour améliorer la situation de maternité à moindre risque. En effet, ce pays est classé au 35<sup>ème</sup> rang sur 106 pays en termes de PIB, mais remonte au 12<sup>ème</sup> rang sur un barème qui mesure la capacité de satisfaire les besoins en santé maternelle. Dans nos régions, il existe une lueur d'espoir née des interventions pratiques et positives en matière de prévention de la mortalité maternelle. A l'image de celles rapportées dans cette étude, il y a lieu de scruter l'horizon avec plus d'optimisme pour le devenir de la sous-région. Car ces interventions peuvent contribuer à la résolution des problèmes posés par rapport à la mortalité maternelle.



### III. Les trois retards

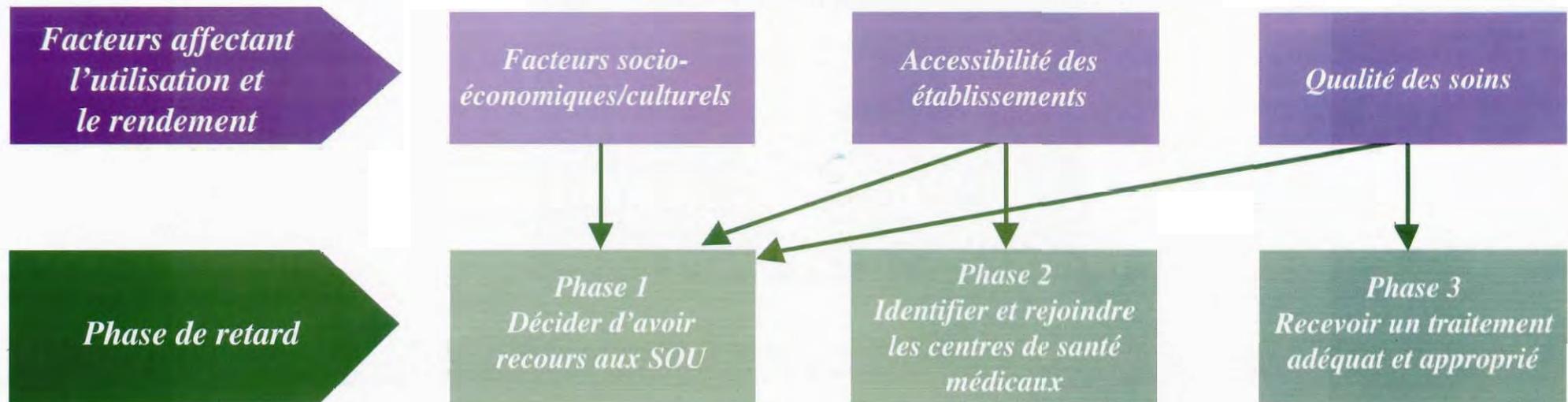
Le travail du Réseau de Prévention de la Mortalité Maternelle (RPMM) effectué dans trois pays anglophones (**Nigeria, Ghana et Sierra Léone**), avait identifié trois types de retard qui peuvent expliquer les difficultés observées dans la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence :

1. retard pour décider de recourir aux soins d'urgence
2. retard pour arriver à un établissement sanitaire
3. retard pour recevoir effectivement des soins de qualité une fois dans l'établissement

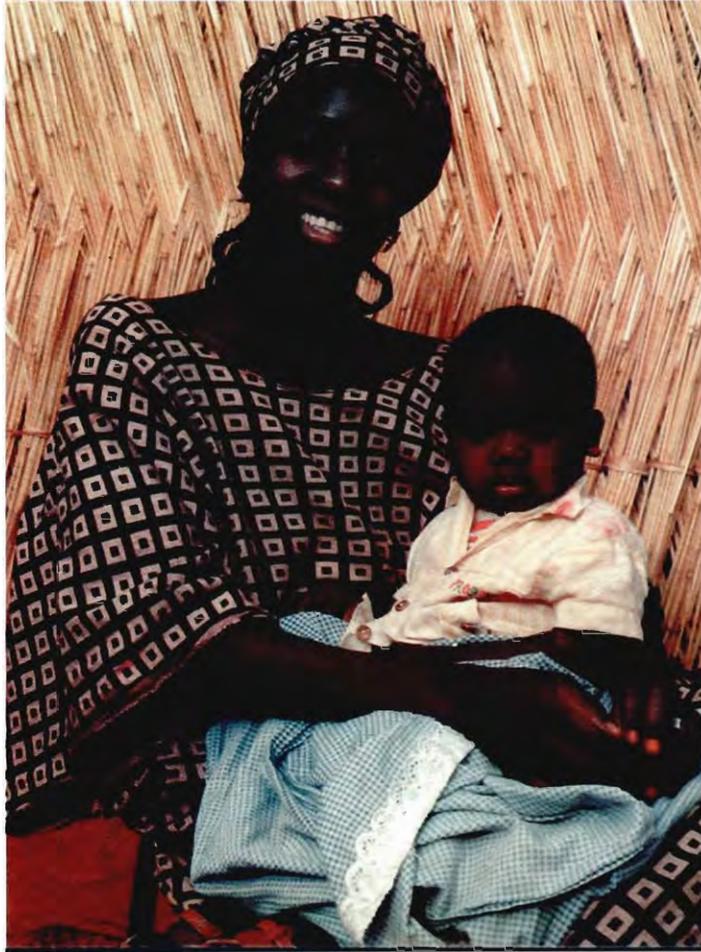
Chacun de ces trois retards correspond à un niveau de responsabilité. Le premier cas de retard est du ressort de la famille et de la communauté. Le second cas renvoie au mauvais fonctionnement du système de référence et le dernier cas interpelle directement la disponibilité et l'organisation des structures sanitaires.

Des progrès réalisés dans les quatre pays qui ont fait l'objet de cette étude, ont contribué à réduire ces retards.

#### LE MODELE DES TROIS RETARDS



Source : La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle, Centre de Santé des Population et de la Famille, Ecole de Santé Publique, Columbia University



Crédit photo : Oxfam-America

# Le premier retard : Une décision d'aller au centre de santé si difficile à prendre

## *Sous-information*

Le réflexe qui consiste à recourir systématiquement à un service de santé pour les SOU, en cas de complications, est encore loin d'entrer dans les mœurs. Conséquences : beaucoup de femmes meurent pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement parce que leur proche famille ou leur entourage ne réagit pas promptement. La décision de les amener au service de santé pour des soins d'urgence se prend souvent très tardivement, après tant d'hésitations. En réalité, les gens sont mal informés des signes de complications.

## *Absence d'implication*

Au delà du manque d'information, il faut reconnaître que si la famille et la communauté n'ont jamais été impliquées dans la résolution de ce problème, elles peuvent manifester une certaine impuissance ou se sentir moins concernées.

## *Réticence*

A cette ignorance des signes de complications et à la non-implication de la communauté s'ajoute souvent le manque de confiance envers les structures de santé. Le fait de savoir qu'il n'y a pas de personnel qualifié en obstétrique au niveau d'un service de santé ou encore la mauvaise réputation de l'établissement sont autant de facteurs qui peuvent justifier la réticence de ces familles en pareilles circonstances.

*Les gens sont  
mal informés  
des signes de  
complications*

## PREMIER RETARD



Source : La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle, Centre de Santé des Population et de la Famille, Ecole de Santé Publique, Columbia University

### *Poids socioculturel*

Au delà d'un tel comportement, il faut reconnaître que certaines valeurs culturelles n'incitent pas à la prise urgente de la décision qui s'impose. L'explication est à rechercher, entre autres, dans les croyances qui imposent une discrétion absolue autour de la grossesse, dans la fatalité face à la mort, dans la valorisation de l'endurance de la femme face à la souffrance et dans la recherche absolue de la permission du mari ou de la belle-mère en l'absence de ce dernier. En effet, l'évacuation d'une femme, même dans un état critique, peut être retardée faute de cette permission, avec des conséquences souvent fatales. D'où l'importance de sensibiliser la famille et la communauté pour prévoir l'attitude à adopter en cas de complications pendant l'accouchement ou dans les semaines qui suivent.

### *Pauvreté*

Mais un facteur demeure fondamental, à savoir le contexte de pauvreté dans lequel vivent ces familles. Dépourvues de moyens financiers, celles-ci ne peuvent faire face aux deux exigences qui accompagnent généralement le recours aux SOU : payer le transport pour rallier la structure sanitaire, et une fois sur place, payer les soins dont les femmes évacuées auront besoin.

### *L'implication de la communauté comme remède*

L'étude a réaffirmé l'importance de l'implication communautaire et a souligné certains exemples de progrès.

La stratégie utilisée au **Bénin** privilégie essentiellement la participation des communautés à la prise en charge des SOU. En effet, cette participation active des communautés à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes est définie comme étant la pierre angulaire du programme, sans laquelle il ne peut y avoir de développement sanitaire. L'expérience béninoise se base sur :

- **l'approche pluridisciplinaire** : la santé étant le résultat de plusieurs facteurs, une seule discipline ne suffit pas pour expliquer toutes les causes d'une situation donnée
- **l'approche intersectorielle** : les différents secteurs de développement concourent à la santé et doivent coordonner et intégrer leurs activités
- **l'éducation des communautés** : celle-ci est couplée à toutes les activités pour assurer leur pérennité, en rendant les communautés capables de se prendre en charge (par exemple : éducation au crédit/épargne)
- **la réalisation d'un paquet minimum d'activités** : un minimum d'actions doivent être menées en même temps au niveau d'une communauté donnée pour obtenir des résultats ; le paquet comprend des activités sanitaires mais aussi des activités intersectorielles et de développement (apiculture, éducation, activités génératrices de revenus...)
- **la recherche opérationnelle** : recherche et expérimentation de solutions novatrices pour la santé et le développement.

Au **Mali** également, l'un des points forts de l'expérience étudiée est l'implication des communautés dès la conception de la prise en charge des soins de santé, dans un souci de développement intersectoriel. Ainsi, le découpage des aires sanitaires est

*Mener un  
minimum  
d'activités  
en même  
temps pour  
obtenir des  
résultats*

basé sur les propositions des populations impliquées dans ces zones. De même, les priorités en matière de santé ont été déterminées par les communautés elles-mêmes (soins obstétricaux pour certaines, accès à l'eau pour d'autres). Qui plus est, la prise en charge des SOU se traduit concrètement par un système de partage des coûts entre l'association de santé communautaire, le centre de référence et la patiente.

Au résultat, on s'est rendu compte d'une nette prise de conscience des populations. D'après les comités de gestion des aires de santé, il existe une meilleure compréhension des problèmes de santé et surtout une meilleure collaboration avec la population pour la prise en charge de sa propre santé. Par conséquent, elle est plus motivée à fréquenter les centres de santé.

Dans le même sens, une nette volonté politique pour la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence a été notée au **Burkina Faso**, avec notamment la Déclaration de politique générale du Premier Ministre et l'engagement du chef traditionnel de Fada à soutenir l'implication de sa communauté à cet effet.

### *Que pouvons-nous faire?*

#### **En général :**

- ★ **L'implication de la communauté améliore de façon significative la prise en charge des urgences obstétricales et contribue à sa pérennisation. Il s'agit donc de faire en sorte que la communauté soit un acteur clé et soit partie prenante dans tout le processus de réduction de la mortalité maternelle.**

#### **Au niveau communautaire :**

- ★ **Renforcer les compétences de la communauté sur le plan institutionnel et individuel (par exemple : faire en sorte, par une bonne campagne d'IEC et de mobilisation sociale, que la mortalité maternelle soit perçue comme un problème qui peut être résolu, favoriser le développement de bonnes relations de collaboration avec les prestataires de service...)**
- ★ **Veiller à former les matrones, les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé villageois aux gestes techniques que l'on peut déléguer.**

#### **Au niveau des structures sanitaires :**

- ★ **Développer chez les agents sanitaires des attitudes et des démarches adaptées à une totale et bonne immersion dans la communauté.**
- ★ **Développer chez les responsables des structures sanitaires les aptitudes en négociation avec la communauté.**

#### **Au niveau national :**

- ★ **Intégrer dans la formation (de base et continue) des professionnels de la santé les nouveaux rôles qu'ils doivent jouer dans un contexte de décentralisation et de collaboration avec la communauté.**
- ★ **Intégrer toute initiative communautaire de réduction de la mortalité maternelle dans la politique de développement sanitaire du pays.**

## *Les préalables d'une implication communautaire : IEC et mobilisation sociale*

S'il est désormais admis qu'aucun programme de SOU ne peut porter des résultats sans l'implication de la communauté, il ne peut pas non plus se passer d'un aspect aussi fondamental que l'information. De cette manière on aura contribué à rectifier les idées fausses, modifier les pesanteurs culturelles, éclairer la compréhension et donc susciter la confiance. Tel semble être le principal souci des différents pays qui privilégient l'information et la sensibilisation des populations sur les questions liées à la mortalité maternelle. Les résultats de l'étude ont été édifiants :

*Eclairer la  
compréhension  
et...  
susciter la  
confiance*

**Au Bénin**, des séances d'IEC sur les notions de grossesses à moindre risque sont réalisées dans les centres de santé et au niveau de la communauté, à partir de supports pédagogiques visuels adaptés et basés sur les perceptions socioculturelles des populations. Des stratégies mobiles de soins de santé primaires sont aussi utilisées. En effet, la mise en place des services est basée sur plusieurs stratégies qui concourent à une meilleure mobilisation de la population :

- la stratégie fixe, où les soins sont assurés par les sages-femmes et infirmiers
- la stratégie décentralisée jusqu'au niveau village où les Agents Villageois de Santé (AVS) dispensent les soins dans les maisons et réalisent aussi des dépistages à domicile. Chaque AVS a en charge 700 personnes
- la stratégie décentralisée jusqu'au niveau hameau où des agents de santé de famille (ASF) dispensent les soins dans les ménages et réalisent aussi des dépistages. Un ASF a en charge environ 70 personnes.



Credit photo : Danielle Baron/JHU/CCP

Au **Sénégal**, l'étude a révélé une forte mobilisation des femmes de Tambacounda à travers leurs organisations professionnelles dans le domaine de l'information sur la maternité à moindre risques. Les mouvements de femmes ont ainsi organisé des causeries dans les quartiers, des campagnes de dons de sang, une journée régionale et la confection de panneaux avec des messages sur la maternité sans risques.

En milieu communautaire également, l'IEC est fréquente et porte sur quelques aspects des Soins Obstétricaux d'Urgence. Un concours sur la lutte contre la mortalité maternelle à l'intention des élèves des Centres d'Enseignement Secondaire de la commune de Tambacounda a, par exemple, été organisé par la région médicale et le conseil régional. La région médicale a même réalisé un documentaire sur la maternité à moindre risque. Des journées de sensibilisation ont été organisées et des émissions publiques radiotélévisées ont été produites. Des relais ont aussi été formés pour mieux informer la population.

### *Que pouvons nous faire ?*

- ★ **Etendre la mobilisation sociale en faveur de la maternité à moindre risque jusqu'aux villages ;**
- ★ **Promouvoir la préparation à l'accouchement ;**
- ★ **Identifier et aider les associations de femmes à promouvoir les activités visant la prise en charge des SOU. Elles ont aussi un rôle important à jouer dans l'IEC sur les Soins Obstétricaux d'Urgence, en particulier sur les facteurs de risque, dans les quartiers et villages.**



## *L'élan de solidarité par le partage des coûts*

L'un des points importants révélés dans cette étude est l'élan de solidarité qui se manifeste de plus en plus au sein des communautés de certains pays. Même si cet élan n'a pas encore gagné tous les pays, il est de plus en plus souhaité.

### *Des formes de solidarité qui allègent les charges*

Au **Mali**, l'étude a montré l'existence d'un système de partage des coûts à travers lequel la communauté (associations de santé communautaire) prend en charge 50% du coût des prestations. En plus de ce système, il existe des formes de solidarité qui allègent les charges par le biais de mutuelles.

De même l'expérience du **Bénin** comporte des aspects positifs en matière de financement des Soins Obstétricaux d'Urgence. En effet, le projet a initié le financement des activités génératrices de revenus pour aider les familles à prendre en charge les dépenses liées à la santé dans les zones d'activité du CREDESA.



Crédit photo : Danielle Baron/JHU/CCP

### *Que pouvons-nous faire ?*

Au niveau national :

- ★ Rechercher des moyens additionnels pour financer les Soins Obstétricaux d'Urgence.

Au niveau communautaire :

- ★ Mettre sur pied une mutuelle de santé ou tout autre mécanisme de prépaiement ou de génération de ressources. Ceci doit se faire en exploitant les données disponibles sur les besoins de la communauté en matière de santé et de Soins Obstétricaux d'Urgence et en faisant une étude préalable. Mais le tout doit passer par la sensibilisation des populations pour favoriser l'émergence de ces mutuelles.

# Le deuxième retard :

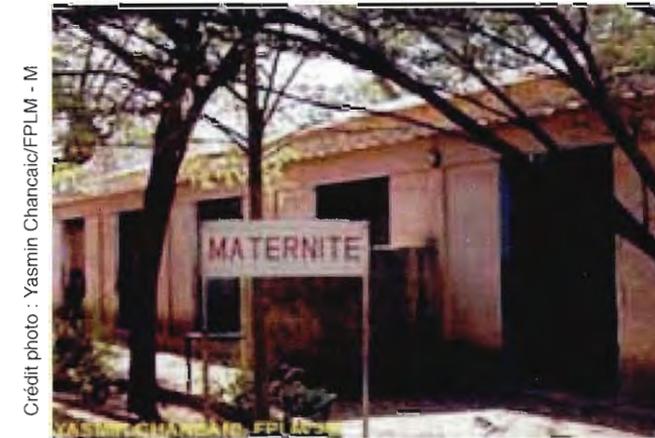
## Ces centres de santé si difficiles à joindre

### *Inexistence de moyens de communication*

Il se dresse un autre obstacle lorsque la famille et la communauté décident d'évacuer la femme en difficulté : l'inexistence d'un moyen de communication entre les villages et les établissements sanitaires ne permet pas de recueillir le point de vue du personnel compétent des structures de santé sur l'opportunité d'évacuer les femmes ou pas. Le manque de ce moyen de communication est à l'origine de nombre d'évacuations tardives.

### *Manque de moyens de transport*

A ce problème s'ajoute une autre difficulté et non la moindre : trouver un véhicule approprié pour évacuer, en tout confort et sécurité, la femme vers l'établissement sanitaire le plus proche. Ce problème d'évacuation en cache, en réalité, bien d'autres. Non seulement les établissements sanitaires qui dispensent de tels soins sont souvent éloignés du village, mais il n'existe pas de moyens de transport appropriés qui desservent les points reculés. S'y ajoute que les routes ne sont pas du tout praticables.



### *Pauvreté*

Tous ces problèmes se posent en même temps et dans le contexte de pauvreté dans lequel vivent les familles et les communautés. En effet, même le coût du transport quand il est disponible, ne répond pas au pouvoir d'achat de celles-ci. Ce sont là autant de facteurs, qui ont tous la particularité d'être non-médicaux, mais qui influent néanmoins négativement sur la survie des femmes en rendant la résolution de ce problème complexe.

### *Des progrès et de la volonté d'amélioration*

Cependant, de réels progrès sont enregistrés dans le système de référence : au **Mali** à travers le Réseau Aérien de Communication et au **Sénégal** grâce à la liaison téléphonique. D'autre part, l'évacuation des femmes en difficulté s'améliore malgré la persistance de nombre de facteurs qui l'entravent encore.

### *Les réseaux de communication*

#### *Avertir le centre de l'arrivée de la patiente*

Au **Mali**, l'un des points forts du système de référence mis en place est le Réseau Aérien de Communication (RAC) qui permet une liaison radio entre le centre de référence et le niveau district. Grâce à cette liaison, le centre de référence a la possibilité de recueillir des conseils pouvant quelquefois éviter l'évacuation des femmes en travail. En effet, le RAC permet au médecin de donner des directives au personnel du centre de santé communautaire. Elle permet notamment aux infirmiers-chefs de poste médical de prendre des décisions plus appropriées. En cas de problèmes, la communication est immédiate et plus facile. Le centre est également averti avant l'arrivée de la patiente et sa prise en charge est donc plus rapide. Tout ceci favorise une meilleure qualité de service.

Au **Sénégal**, il existe une liaison téléphonique à Tambacounda entre le centre de santé et l'hôpital de référence. Cependant, entre l'hôpital et les centres de santé périphériques, il n'y a aucune ligne de communication.

### *Que pouvons-nous faire ?*

- ★ Etablir des systèmes de radiocommunication ou de liaisons téléphoniques entre postes de santé et centres de référence là où ils n'existent pas, et étendre les systèmes de radiocommunication existants aux zones non encore desservies.

## *Le délicat transport des femmes en difficulté*

De la même façon que les liaisons téléphoniques entre la périphérie et les établissements sanitaires font souvent défaut, un moyen confortable d'évacuation des femmes en difficulté des villages reculés vers les grands centres manque également. Les résultats de l'étude ont été révélateurs :

Pour les cas d'urgence au **Mali**, il y a une ambulance qui assure le transport entre le centre de référence et le district, et le système de partage des coûts réduit le prix du transport pour la bénéficiaire. En effet, avant la mise en place du système de prise en charge des SOU, les malades supportaient d'importants frais de transport et de traitement qui avoisinaient 70.000 voire 80.000 FCFA. La difficulté à réunir cette somme retardait l'évacuation et augmentait, par conséquent, la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Depuis la mise en place du système, les dépenses supportées par les bénéficiaires ont considérablement baissé. Elles ont été globalement divisées par 10 et le transport ne représente plus que 2500 FCFA seulement .

L'efficacité du système est cependant limitée par le mauvais état des routes et l'absence d'organisation pour le transport des femmes du village au poste de santé le plus proche.

*Manque de  
moyens  
confortables  
d'évacuation  
des femmes  
en difficulté*



Illustration : Victoria Francis. Tiré de "Network en Français (Vol. 9, N° 2, avril 1994)  
Fuerstein : Turning the tide: Safe motherWood, Macmillan press Ltd, 1993".

Au **Burkina Faso**, il existe un moyen de fortune pour le transport des femmes enceintes : une charrette tirée par un âne. Ce moyen est malheureusement mal vu par les populations. Cependant, à Fada, une ambulance est disponible. Dans cette même localité des mobylettes modifiées pour le transport des malades ("ambulances villageoises") sont en cours d'expérimentation. Malheureusement, ces ambulances villageoises ne semblent pas conformes aux perceptions culturelles et au confort des femmes en travail. De plus, le coût du transport pour les évacuations à Fada (entre 10 000 et 20 000 FCFA) est jugé très élevé.

Au **Bénin**, il existe un véhicule de liaison faisant office d'ambulance à Ouidah mais il n'est pas adapté aux besoins des femmes à évacuer. Quant au transport du village au poste de santé le plus proche, il n'est pas organisé.

Au **Sénégal**, la ville de Tambacounda dispose d'une ambulance, mais son utilisation n'est pas bien coordonnée. Le coût du transport pour l'évacuation (35 000 FCFA) est élevé et le transport du village au poste de santé le plus proche n'est pas organisé.

### *Que pouvons-nous faire ?*

**Au niveau national :**

- ★ **Améliorer l'état des routes dans le cadre d'un développement sectoriel.**

**Au niveau communautaire :**

- ★ **Mettre en place un système de partage du coût de transport entre la communauté, la bénéficiaire et l'Etat ou le centre de santé.**
- ★ **Impliquer les hommes dans la résolution des problèmes de transport et planifier en avance les moyens d'évacuation de la femme en cas de besoin.**
- ★ **Mettre en place un système de transport plus approprié entre le village et le centre de référence :**
  - **en organisant un système de transport entre le village et le district en utilisant des véhicules adaptés au terrain et qui répondent aux attentes de la communauté. Dans ce contexte, il faut suivre et évaluer l'utilisation des "ambulances villageoises" comme moyen de transport pour les évacuations.**
  - **en installant un système de communication-coordination pour l'utilisation efficiente de l'ambulance là où elle existe, ainsi que l'organisation du système de transport du village au centre de référence.**
  - **en dotant les districts d'ambulances dans la mesure du possible.**

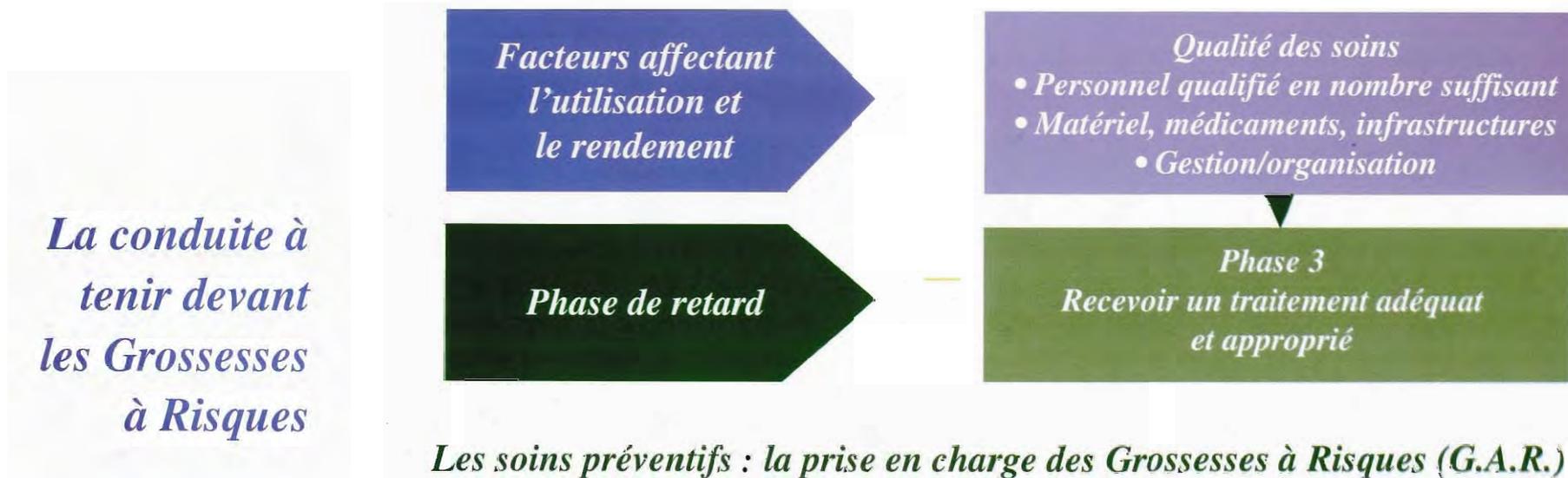
# Le troisième retard :

## Tant d'obstacles pour recevoir des soins de qualité

Une fois que :

- la décision d'évacuer la femme en difficulté est prise au niveau de la famille et de la communauté,
- la nécessité de la référer est vérifiée grâce au réseau aérien de communication (par radio) qui permettra aussi au personnel du service de santé de se tenir prêt à intervenir en urgence,
- un moyen de transport adéquat est assuré par une route praticable,

il reste la question de la **prise en charge effective** de la femme au niveau du centre de référence.



Certaines complications rencontrées lors de l'accouchement peuvent être évitées par le suivi de la grossesse et le dépistage des Grossesses à Risques (G.A.R.).

### *Evolution de la grossesse*

Les consultations prénatales des femmes enceintes, au moins quatre fois au cours de la grossesse, permettent de surveiller son évolution. Pendant l'examen de la future maman et du fœtus, on vérifie que les deux sont en bonne santé et que le bébé se développe normalement. Par un examen clinique et des analyses de sang et d'urine, on contrôle l'état général de la femme et l'évolution de la grossesse. L'agent de santé peut détecter ainsi des signes d'appel qui indiquent qu'il y a un problème qu'on doit surveiller et corriger pour éviter des complications pendant la grossesse et l'accouchement.

La visite est aussi l'occasion de donner à la femme enceinte des suppléments en vitamine A, du fer et de l'acide folique, un traitement préventif du paludisme et des vermifuges pour éviter les carences nutritionnelles et l'anémie. La femme en grossesse recevra également une vaccination contre le tétanos et des informations pour rester en bonne santé. Elle subira enfin un dépistage de la syphilis et de la drépanocytose.

### ***Préparation à l'accouchement***

Les dernières recommandations internationales insistent sur l'utilisation des visites prénatales pour préparer la femme et sa famille à l'accouchement. Au cours de ces consultations des conseils doivent être prodigués à la femme et à son entourage pour assurer un bon déroulement de la grossesse. On doit traiter des questions essentielles telles que : Où va-t-elle accoucher ? Par qui ? Quelles sont les signes de danger ? Que doit-on faire en cas de complications ? A-t-on prévu l'argent nécessaire et le transport d'urgence en cas de besoin ? etc.

### ***Guide de conduite***

Ces actions préventives, entre autres, permettent de prendre les mesures nécessaires pour assurer la prise en charge efficace de certains accouchements et la diminution de la mortalité maternelle due aux complications prévisibles. Qui plus est, l'existence d'un guide, sur la conduite à tenir devant les Grossesses à Risques au niveau de la structure sanitaire, peut aider le personnel médical à prendre les patientes en charge de façon adéquate.



Photo : Unicef/C-55-10/Watson

Au **Bénin** ainsi qu'au Centre de Santé Roi Baudouin du **Sénégal**, le dépistage et la référence des Grossesses à Risques ont été recensés comme des points positifs.

**Malheureusement cette prise en charge des Grossesses à Risques n'est pas suffisante pour résoudre le problème de la mortalité maternelle. En effet, on ne peut ni prédire ni prévenir toutes les complications obstétricales.**

### ***Que pouvons-nous faire ?***

- ★ Inclure dans les visites prénatales des séances de préparation à l'accouchement
- ★ Inclure dans le carnet de surveillance de la grossesse le guide pour la conduite à tenir devant les Grossesses à Risques (G.A.R.).

*"Chaque année, on enregistre dans le monde environ 200 millions de grossesses. Chacune d'elles comporte un risque d'issue défavorable pour la mère et pour l'enfant. Bien que les risques ne puissent pas être entièrement supprimés dès qu'il y a grossesse, on peut les réduire moyennant des soins maternels efficaces, abordables, accessibles et acceptables."*

La plupart des complications peuvent survenir **malgré** un suivi de la grossesse et l'absence de signes annonciateurs de problèmes. D'ailleurs une étude gambienne sur des interventions pour la réduction de la mortalité maternelle en 1987 a conclu que "...les facteurs de risques n'étaient pas utiles pour identifier les femmes présentant le plus grand risque de décès". Il faut donc reconnaître que toute grossesse est une situation potentielle de risque.

### **Toute grossesse est une situation potentielle de risque**

Mais tout n'est pas perdu d'avance. Nous savons que les complications obstétricales, même si elles ne peuvent pas être prévenues, peuvent être traitées si des soins appropriés de qualité sont disponibles à temps. Plusieurs études ont démontré que "*neuf complications obstétricales importantes sur dix auraient pu être traitées avec succès grâce à des techniques médicales disponibles depuis des décennies...*".

Puisque toute femme en travail, ou dans les 6 semaines après l'accouchement, risque de présenter des complications obstétricales, les services de maternité doivent nécessairement offrir des Soins Obstétricaux d'Urgence et assurer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des femmes, pour enfin arriver à la diminution de la mortalité maternelle.

### **Une telle perspective suppose l'existence de compétences médicales certaines au niveau du service...**

- un personnel compétent qui a appris à reconnaître les complications, à traiter et stabiliser certaines d'entre elles, et à envoyer la femme dans un centre de santé ou un hôpital si d'autres soins sont nécessaires. En outre, le personnel devra maîtriser les techniques chirurgicales et la prévention des infections.

### **...mais aussi des conditions qui relèvent des compétences en management, notamment :**

- l'assurance de la disponibilité d'un personnel compétent en nombre suffisant
- la bonne organisation de la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence
- la disponibilité du matériel et des médicaments nécessaires, ainsi que des installations en bon état
- la tenue correcte des dossiers des patientes
- l'analyse des coûts de prestation, afin d'offrir les meilleurs soins d'un coût abordable pour la femme évacuée et sa famille
- le leadership doublé d'un bon esprit d'équipe au niveau des structures sanitaires, et
- un système d'évaluation.

Lorsque toutes ces conditions sont réunies, la meilleure prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence devrait se traduire par une réduction du taux de mortalité maternelle. L'étude a décelé des progrès, mais aussi des problèmes persistants qui méritent notre attention.

## *Organisation de la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence*

L'efficacité de l'organisation de la prise en charge des SOU a été notée comme point positif au Centre de Santé Roi Baudouin au **Sénégal**. Elle se traduit par l'accueil approprié des patientes, la prise en charge rapide de celles-ci, un personnel très qualifié (spécialistes en gynécologie-obstétrique), et par la sécurité conférée par le plateau technique (gamme de services offerts). En effet, l'amélioration de la qualité des soins a été fortement exprimée par les patientes et les membres de la communauté qui ont reconnu l'existence de services de qualité au niveau de la structure. Néanmoins, l'étude a mis en évidence une surcharge des lits d'hospitalisation (2-3 personnes par lit).

### *Que pouvons-nous faire ?*

Au niveau national :

- ★ Standardiser les moyens et méthodes de prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence en vue d'améliorer la qualité des soins et de réduire la mortalité.

Au niveau de la structure sanitaire :

- ★ Assurer le confort des femmes qui viennent d'accoucher par une gestion plus rationnelle. Eviter l'engorgement des services en assurant notamment une meilleure sélection des femmes en phase active de travail, la prise en charge rapide de celles-ci et leur sortie dans les délais de rigueur. Assurer également une surveillance adéquate pendant les 6 semaines qui suivent l'accouchement.



Crédit photo : Kathy Jesepokv/JHP/IEGO

## *La tenue des dossiers des patientes*

Les écrits ont une importance capitale pour le traitement et le suivi thérapeutique parce qu'ils aident au suivi de l'évolution des grossesses afin de prévoir les accouchements futurs et conseiller les femmes en conséquence. Comme tels, ils sont indispensables. Malheureusement, l'étude a identifié des lacunes quant à la bonne tenue des dossiers des patientes dans les différents établissements des quatre pays.

**Au Sénégal**, l'étude a noté un manque de relation fonctionnelle entre les différents niveaux d'intervention, c'est-à-dire l'absence de feed-back. **Au Mali**, l'étude a révélé que les dossiers des patientes ne précisent pas l'heure effective de la prise en charge de la femme en travail. Dans les quatre pays de l'étude (**Mali, Burkina Faso, Bénin et Sénégal**), on a noté que l'identification des problèmes liés à l'accouchement, et les raisons qui justifient une intervention chirurgicale, ne sont pas assez précises dans les dossiers pour prédire la façon dont les accouchements futurs vont se dérouler et conseiller les femmes en conséquence. De plus, le traitement et le suivi (par exemple les maladies qui surviennent après la prise en charge) ne sont pas précisés dans les dossiers des patientes.

*Contenu des  
dossiers pas  
assez précis*

### *Que pouvons-nous faire ?*

**Au niveau de la structure sanitaire :**

- ★ Rétablir la fiche de liaison pour l'évacuation vers les différentes structures de santé et assurer un feed-back entre les différents niveaux d'intervention
- ★ Préciser l'heure effective de la prise en charge des urgences et tout autre traitement, ce qui permet d'évaluer l'efficacité du service.
- ★ Noter dans le dossier de chaque patiente un diagnostic précis, tous les éléments pertinents du traitement, ainsi que les incidents et accidents survenus pendant ou après ce traitement.

## *La disponibilité du matériel nécessaire*

### *Le Kit de Césarienne*

La césarienne est une opération au niveau du ventre de la mère dans le but d'extraire l'enfant lorsque l'accouchement normal n'est pas possible. C'est une intervention chirurgicale qui comporte plus de risques qu'un accouchement normal.

En 1992, l'UNICEF a mis en œuvre une stratégie pour diminuer le long délai d'intervention constaté en cas d'urgence obstétricale, et le risque de complications pour la patiente en cas de césarienne. La stratégie consiste à doter le personnel de la maternité d'un kit, c'est-à-dire d'un ensemble d'instruments et de matériels permettant de procéder à cette intervention : solutés de perfusion, tubes et aiguilles pour la perfusion, sparadrap, antibiotiques, médicaments pour augmenter les contractions utérines, corticoïdes, compresses, seringues, gants chirurgicaux, antiseptique local, alcool.

### *La disponibilité du kit :*

- ☛ compense le manque de matériel prévalant souvent dans les hôpitaux
- ☛ entraîne une prise en charge plus rapide de la patiente
- ☛ réduit le coût de la prise en charge pour la patiente
- ☛ permet une intervention plus sécurisée et diminue le risque de complications pour la patiente
- ☛ contribue donc à la baisse de la morbidité et de la mortalité maternelles.

L'étude a montré qu'à l'hôpital de Yalgado à Ouagadougou (Burkina-Faso), le paiement du kit n'est pas une condition préalable à la prise en charge effective. Ceci facilite l'accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence. Mais le problème n'est pas encore entièrement résolu, car la dotation en médicaments se fait en fonction de leur disponibilité au niveau de la direction de la pharmacie et non des besoins exprimés par la structure, ce qui a parfois pour conséquence la vente de kits incomplets.

### *Que pouvons-nous faire ?*

Au niveau national :

- ★ Allouer une ligne budgétaire pour l'achat des médicaments pour une meilleure satisfaction des besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence au niveau des hôpitaux.
- ★ Afin de permettre un meilleur accès aux SOU pour les patientes, le paiement préalable ne devrait plus être exigé comme une condition indispensable à leur prise en charge.

*Diminuer  
le délai  
d'intervention  
et le risque de  
complications*

## La disponibilité d'un personnel compétent en nombre suffisant

### La valeur d'un personnel formé

La valeur d'un personnel formé et compétent en nombre suffisant pour assurer une maternité à moindre risques n'est plus à démontrer. L'étude a identifié quelques progrès dans ce domaine tout en soulignant des lacunes qui doivent être comblées.

#### L'utilisation correcte du partogramme

Au **Bénin**, la disponibilité du partogramme à Pahou et dans les zones sentinelles a été notée comme point fort mais son utilisation correcte pose problème comme dans les autres pays. De même, au **Mali** et au **Burkina Faso**, l'utilisation mécanique du partogramme est inadaptée à l'évolution du travail car les examens vaginaux sont pratiqués trop fréquemment, ce qui augmente le risque d'infection de la mère et du fœtus.

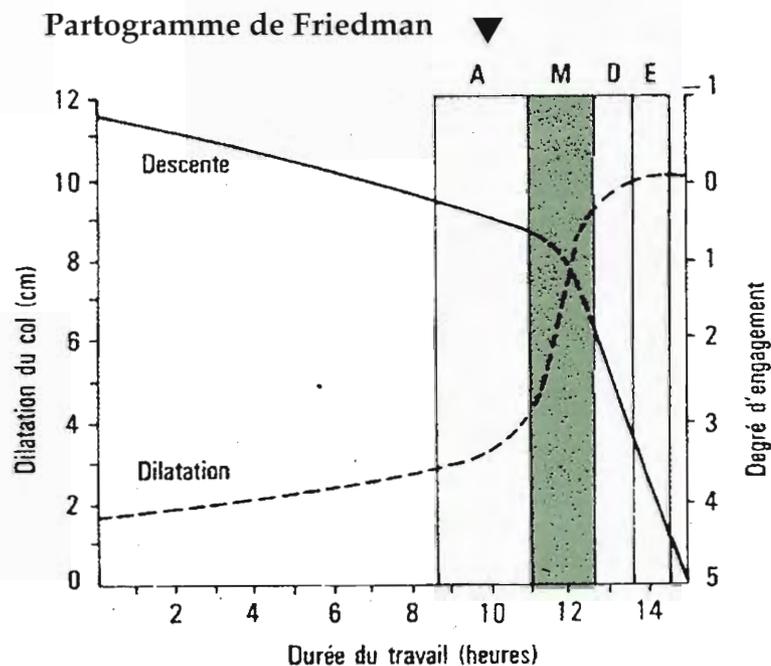
### Partogramme

Le partogramme est un outil constitué d'un ensemble d'instructions sur les conduites à tenir (algorithme), développé aux U.S.A par le Dr E.A. Friedman en 1954 et qui représente de façon graphique l'évolution du travail (processus de l'accouchement) en relation avec la dilatation du col de l'utérus.

Cet outil a été adapté au cours des années et permet aujourd'hui au personnel de la maternité de suivre des instructions simples et d'identifier les difficultés d'évolution du travail d'accouchement sans équipement coûteux ni formation spécialisée. Si on remarque que dans un laps de temps donné le col ne se dilate pas, on sait qu'il y a un problème et on peut effectuer les actions correctrices appropriées.

Cependant, l'utilisation mécanique de cet outil, par ailleurs très utile, a entraîné des pratiques risquées.

Le personnel de la maternité doit donc être formé à une utilisation correcte du partogramme.



### *Les pratiques des soins pré et post-opératoires et la prévention des infections*

Des améliorations dans la pratique des soins pré et post-opératoires peuvent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle. L'existence d'un "guide de gestes" au Centre de Santé Roi Baudouin du **Sénégal** a été notée comme point positif dans ce sens. Mais dans la région, la pratique de ces soins continue à s'inspirer de principes chirurgicaux dépassés, comme la généralisation du jeûne post-opératoire, la pose de sonde urinaire à demeure et des perfusions prolongées. Ces pratiques diminuent le confort des patientes et les exposent à des infections.

Qui plus est, au **Mali**, **Burkina Faso** et **Bénin**, l'étude a révélé que la prévention des infections ne se réfère pas à des bases scientifiques (non-respect de l'asepsie, utilisation anarchique des antibiotiques sans tenir compte de la sensibilité des germes, sonde urinaire à demeure, etc).

### *Que pouvons-nous faire ?*

**Au niveau national :**

- ★ Engager le Ministère de la Santé comme acteur clé dans l'adaptation des professionnels de la santé à la pratique des SOU, notamment en intégrant dans leur formation (de base et continue) les SOU.
- ★ Faciliter l'organisation de formation de formateurs en SOU.

**Au niveau des structures sanitaires :**

- ★ Renforcer les connaissances du personnel, particulièrement celles concernant le déroulement normal ou anormal du travail, et l'utilisation correcte du partogramme.
- ★ Renforcer les habiletés techniques du personnel pour la prise en charge des urgences et former ou recycler ce personnel dans les principes de prise en charge chirurgicale.
- ★ Doter chaque centre d'un "guide des gestes".
- ★ Revoir les méthodes de prévention des infections. Par exemple, choisir les antibiotiques en fonction du risque d'infection et de la sensibilité probable des germes.

## *Des questions éthiques en suspens*

Certaines considérations d'ordre éthique demeurent préoccupantes pour les auteurs de l'étude régionale. Ainsi, dans plusieurs lieux de stage, le cadre ne permet pas une formation adéquate des agents de santé en SOU parce que le matériel utilisé est inadapté et insuffisant. Cette situation peut entraîner les dilemmes suivants pour le formateur :

*Des complications post-opératoires qu'on aurait pu éviter*

- Peut-on espérer dispenser une bonne formation basée sur les principes de la chirurgie classique, avec les équipements disponibles actuellement qui ne permettent pas une intervention optimale ?
- Faut-il former le personnel même de façon inadéquate, dans le but de sauver la vie de certaines patientes, tout en sachant qu'elles peuvent souffrir davantage de complications post-opératoires qu'on aurait pu éviter si les conditions d'une bonne formation du personnel étaient réunies ?

De même, les interrogations suivantes méritent d'être soulevées :

- Les actes chirurgicaux sont-ils basés sur des indications précises et correctes ?
- Est-ce que les indications mentionnées dans le protocole opératoire permettent de prédire l'issue de la prochaine grossesse ? Auquel cas a-t-on prévu la possibilité d'en discuter avec la femme ou sa famille ?
- Les prestataires prennent-ils suffisamment de précautions en opérant en urgence dans le contexte de l'infection à VIH ?



## *La délégation : responsabilité et efficacité*

L'étude reprend aussi les idées émises pendant l'atelier international de Colombo (octobre 97) relative à l'insuffisance du personnel qualifié pour assurer la maternité à moindre risques, en proposant comme solution la délégation des responsabilités jusqu'au niveau communautaire.

### *Que pouvons-nous faire ?*

- ★ Décentraliser effectivement les SOU en assurant une supervision efficace.
- ★ Renforcer les capacités managériales des responsables de structures sanitaires et de programmes de santé par la formation, pour rendre la délégation et le transfert des compétences efficaces.

### *Quand et comment déléguer les responsabilités*

Mais pour la délégation, il reste des questions éthiques fondamentales à résoudre puisque les vies de la patiente et de son enfant sont entre les mains du soignant.

- Quand et comment doit-on déléguer les responsabilités pour la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence ?
- Quelles responsabilités et quels gestes peut-on déléguer ?
- A qui peut-on les déléguer ? A quels niveaux ?
- Quelle formation, quelle supervision, et quelle évaluation faut-il pour assurer la qualité de ces gestes délégués ?



Crédit photo : UNICEF/Maggie Murray-Lee

## *L'analyse des coûts des prestations*

Il existe un lien entre l'organisation et la qualité des SOU et la connaissance des coûts réels des prestations et de leur niveau de recouvrement. Ceux-ci peuvent permettre d'établir des prix optimum et de garantir à terme la qualité des soins.

### *Méconnaissance des coûts*

Au Centre de Santé Roi Baudouin (**Sénégal**), l'étude du coût réel des prestations était en cours au moment de l'enquête. Par contre, au **Burkina Faso** et au **Bénin**, ce coût n'avait pas encore été apprécié, alors que l'usage fréquent de médicaments non essentiels et non génériques (noms de spécialités) dans la prescription élève les coûts pour les bénéficiaires.

Sur ce point, il se dégage un constat : le manque de données sur les coûts et dépenses liés aux prestations entraîne la méconnaissance, par les gestionnaires de programme, des coûts/dépenses des services qu'ils offrent, même lorsqu'il s'agit de projets pilotes. Or, sans cette information, le niveau de recouvrement des projets ne peut être évalué ni leur pérennité déterminée à long terme. L'estimation des coûts des SOU nécessite donc davantage de recherches.

### *Que pouvons-nous faire ?*

- ★ **Faire une analyse plus fine des coûts des prestations et proposer une tarification appropriée.**
- ★ **Sensibiliser les populations pour favoriser l'émergence de mutuelles de santé et prescrire les médicaments essentiels génériques pour réduire les coûts des prestations.**
- ★ **En général, la standardisation des moyens et méthodes de prise en charge peut aussi aider à réduire le coût des prestations.**

## Qualités de l'équipe

### Attitudes positives au sein de l'équipe

D'autres facteurs, moins évidents mais néanmoins palpables, tels que l'esprit d'équipe peuvent jouer sur la qualité des SOU. Au **Mali**, l'étude a trouvé qu'il existe un esprit d'équipe, avec un réel leadership dans la structure de référence. Par conséquent, les prestations sont devenues moins coûteuses pour les bénéficiaires et le temps d'attente est réduit en raison de la disponibilité d'une équipe d'intervention bien formée. L'étude a noté que l'esprit d'équipe et de leadership sont aussi bien réels à Fada, au **Burkina Faso**.

Le contrôle de qualité de la prise en charge effective de la femme et la motivation du personnel de santé sont aussi des facteurs importants dans la création d'équipes efficaces.

### Que pouvons-nous faire ?

- ★ Investir dans le développement du leadership et de l'esprit d'équipe.
- ★ Favoriser le développement et le renforcement d'attitudes positives envers les patientes ainsi que de l'éthique du travail et de l'altruisme du personnel de santé.
- ★ Evaluer périodiquement tout le système de prise en charge des soins obstétricaux d'urgence en mettant l'accent sur la supervision formative et en prévoyant des voyages d'études pour partager les expériences entre les ressortissants des différents pays.



## IV. Résultats de l'étude

### Données semi-quantitatives

Bien que la corrélation entre les interventions étudiées et les données chiffrées obtenues ne soient pas formellement établie, les résultats suivants n'en suggèrent pas moins qu'elles peuvent avoir eu une incidence sur la réduction de la mortalité maternelle dans les zones d'étude. Les indicateurs de processus qui ont été recensés montrent également une amélioration des services hospitaliers. En outre, des indicateurs de rendement (augmentation du nombre de femmes présentant des complications et qui ont été traitées ou qui ont survécu à l'hôpital ; diminution du temps écoulé entre l'arrivée à l'hôpital et le traitement...) indiquent des progrès dans les efforts de réduction des décès maternels.

#### *Au Mali :*

L'existence d'un système de partage du coût des évacuations entre l'Association de Santé Communautaire, le centre de référence et la patiente, peut expliquer le fait que l'on ait enregistré :

- une diminution du taux de décès maternels de 930/100.000 naissances vivantes pendant les trois (3) années précédant le Projet à 614/100.000 naissances vivantes pendant les 18 mois que le projet a duré.
- une diminution de 2,52 % du taux de mortalité des femmes à la suite d'une opération chirurgicale liée à la grossesse
- une diminution du taux de décès chez les femmes évacuées de 76,4 % à 15,5 %

#### *Au Burkina Faso :*

- à Fada Ngourma, le nombre de décès maternels est passé de 24 en 1996 à 7 en 1997 et le taux de césariennes est passé de 6,5 % en 1996 lors du démarrage du Projet, à 13 % en 1997. Ceci peut indiquer une disponibilité et une utilisation accrues du matériel et des médicaments d'urgence.
- au CHU de Yalgado : le nombre de décès maternels est passé de 180 en 1996 à 101 en 1997.
- à l'hôpital de Bobo, depuis l'instauration des kits, le nombre de décès maternels s'est stabilisé autour de 45 par an
- Quant à l'impact des kits sur le délai d'intervention, il semble être l'amélioration la plus notable dans tous les sites. Ainsi, 67 % des prestataires pensent que les kits améliorent leurs conditions de travail en réduisant les délais d'intervention.

### ***Au Bénin :***

L'application effective de l'initiative de Bamako, des soins de santé primaires et des SOU a certainement contribué au fait qu'aucun décès maternel n'ait été relevé pendant 8 ans dans un village de 1325 habitants (à 200 km de Cotonou). On a également noté une réduction du taux de mortalité des bébés à la naissance due à la diminution du taux des accouchements à domicile.

### ***Au Sénégal :***

- le nombre d'accouchements a doublé entre 1996 et 1997 au niveau du Centre Baudouin. Ceci peut être interprété comme indicateur de satisfaction des utilisatrices du centre.
- Les taux de dépistage de grossesses à risques élevés de complications de même que le nombre de cas référés indiquent une amélioration de la prise en charge les SOU.
- A Tambacounda, on a noté :
  - une prise en charge adéquate des cas évacués de la périphérie et de la région de Kolda.
  - une réduction des délais dans la résolution des problèmes de Soins Obstétricaux d'Urgence.



Credit photo : JHU/CCP

## V. Pérennité des actions en cours

L'importance de la lutte contre la mortalité maternelle fait l'unanimité auprès des partenaires au développement des pays qui ont fait l'objet de cette recherche. Cela se traduit par un soutien financier apporté aux gouvernements et ONG de ces pays. Il reste que ce soutien n'est pas éternel. Il est limité dans le temps. Dès lors, il est indispensable de penser à la continuation des actions en cours. Et cette tâche doit incomber aux autorités et aux populations elles-mêmes par la mise en place de mécanismes de pérennisation de la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence.

A cet effet, l'étude a noté, à des degrés divers, certains résultats positifs, qui pourraient contribuer à assurer la pérennité de la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence :

*Tout  
soutien  
n'est pas  
éternel*

- L'adhésion massive des partenaires au développement, des populations, et des pouvoirs publics au processus ;
- l'existence d'associations professionnelles nationales (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, etc.) et
- l'engagement des associations de femmes dans la promotion de la maternité sans risques.

Par contre, d'autres facteurs identifiés peuvent constituer un frein à cette pérennisation. Il s'agit de :

- **l'absence et/ou l'insuffisance de motivation du personnel de santé**, d'où la recommandation de mieux le motiver en l'associant, dans la mesure du possible, au choix de la forme de motivation (par exemple : logements dans les environs immédiats des centres de santé, formation, promotion sociale, primes ou indemnités) et de rationaliser l'utilisation des ressources humaines en coordonnant leur affectation
- **l'absence de mécanisme de financement et de renouvellement des investissements** qu'il faut donc prévoir au même titre que :
  - l'augmentation de la part des budgets nationaux consacrée à la Santé, particulièrement celle consacrée à la maternité à moindre risques
  - la rationalisation de l'utilisation des ressources financières en coordonnant leur affectation
  - la programmation des capacités de prise en charge continue des coûts récurrents et des frais d'amortissement



Crédit photo : Susanne Riveles/LWR

- ☛ **la faiblesse ou l'absence de sources alternatives de financement**, ce qui exige :
  - la recherche de financements additionnels, notamment en favorisant l'émergence de nouvelles sources telles que les mutuelles, coopération décentralisée, etc.
  - la promotion des activités génératrices de revenus en mettant un accent particulier sur la formation à l'épargne et au crédit
  - le renforcement des efforts de participation de la communauté aux coûts
- ☛ **le manque de mise à jour régulière des agents de santé sur des techniques de soin plus économiques et plus adaptées**, d'où la nécessité :
  - d'assurer des séances de recyclage et de supervision formative du personnel chargé des Soins Obstétricaux d'Urgence.
  - de tenir compte des connaissances actuelles en matière de traitement pour rationaliser les prescriptions sans compromettre leur qualité

- ☛ **le défaut d'implication de certaines associations professionnelles nationales dans les activités de Soins Obstétricaux d'Urgence** qui devraient être pleinement impliquées, en particulier pour ce qui concerne les normes et procédures et l'éthique médicale. De même, la promotion des SOU par les associations de femmes devrait être soutenue.
- ☛ **et enfin l'ignorance des coûts réels des prestations étant à l'origine des incertitudes qui entachent souvent leur recouvrement**, l'étude de ces coûts s'avère indispensable.

Le cas du **Bénin** est édifiant : le système mis en place par le CREDESA fait face depuis plusieurs années à des problèmes de financement, simplement parce que ses ressources de provenance externe commencent à tarir. Du coup, la pérennité de ce système se trouve compromise. Et la communauté se trouve dos au mur parce qu'elle est tenue de trouver des ressources humaines, matérielles et financières supplémentaires si elle veut assurer la survie du système. D'autre part la motivation insuffisante des agents d'Unités Villageoises de Santé (UVS) s'est révélée être une grande difficulté. Or ceux-ci devraient bénéficier normalement de dividendes tirés des activités génératrices de revenus, si l'on veut assurer la bonne marche du système.



Crédit photo : DANILLE BARON/JHU/CCP

## VI. Conclusion

Un pas de géant vient d'être franchi dans les quatre pays, cibles de cette étude. De manière directe ou indirecte les Soins Obstétricaux d'Urgence sont à jamais inscrits au centre des activités. Cela constitue un gage non négligeable de l'engagement de tous dans la lutte pour empêcher les mères de perdre leur vie en donnant la vie.

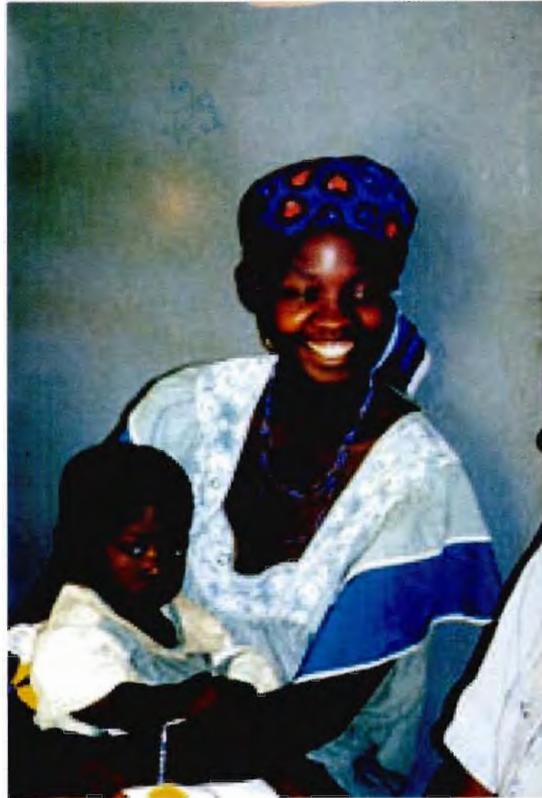
Ces pays ont démontré qu'il est possible de faire des progrès sur des questions clés même dans le contexte des contraintes, financières et autres, du système actuel de santé. Cet engagement se présente de manière différente d'un pays à l'autre, et dans un même pays, entre les communautés rurales et urbaines. L'étude a souligné notamment au **Bénin** et au **Mali**, l'utilisation d'une approche globale, la promotion de la participation communautaire et de stratégies pour couvrir les coûts de transport. L'amélioration de la qualité des soins et du plateau technique ont également été mis en exergue au **Burkina Faso** et au **Sénégal**.

Il est clair que beaucoup reste à faire pour généraliser ces réponses et étendre ces exemples d'innovations réussies dans le pays même et d'autres pays de la sous-région. Ces exemples de bonne collaboration avec la population pour la prise en charge de sa propre santé sont encourageants. Cependant, l'information et l'implication des familles et communautés dans ce domaine porteur méritent d'être développées davantage. Il reste aussi que tous ces pays partagent le même casse-tête : le problème de référence et d'évacuation des femmes en travail qui se pose à des degrés divers. D'autre part, au niveau technique, le problème de qualité des soins demande un redressement urgent permettant d'harmoniser la standardisation des normes de procédures et d'éthique médicale, tant en formation des formateurs qu'en pratiques chirurgicales en Soins Obstétricaux d'Urgence.

Pour y arriver, il est plus que crucial de mobiliser des fonds supplémentaires auprès de l'Etat et des partenaires au développement. C'est pourquoi, il serait souhaitable de s'appuyer sur une coopération et une coordination tant au niveau national qu'au niveau régional.

Enfin, pour que ces projets deviennent des programmes, le problème de pérennisation doit trouver une solution, entre autres à travers la participation communautaire et le partage des coûts, à l'instar du **Mali**.

Néanmoins, au-delà de tous les problèmes posés, cette étude est un témoignage vivant du refus de l'image de fatalité collée au problème de la mortalité maternelle. Elle démontre à travers les engagements des uns et des autres, et des résultats qui en découlent, qu'on peut bel et bien prévenir efficacement la mortalité maternelle. Dans cette perspective, cette étude diffuse un rai de lumière dans le tunnel obscur de cette tragédie.



Crédit photo : JHU/CCP

## VII. Recommandations générales

A la lumière des points mis en exergue dans cette étude, il s'est dégagé quelques recommandations autour de cinq aspects jugés fondamentaux. Ceux-ci vont de l'implication de la communauté à l'engagement politique des différents Etats en passant par le renforcement des compétences et capacités du personnel de santé, l'harmonisation des normes et procédures relatives aux Soins Obstétricaux d'Urgence, et la collecte et la dissémination de l'information. Le tout est articulé autour d'un seul objectif principal : la réduction de la mortalité maternelle.

### *De l'implication de la communauté*

- Faire en sorte que la communauté soit un acteur clé et soit partie prenante dans tout le processus de réduction de la mortalité maternelle.
- Mettre sur pied des mutuelles de santé ou autres mécanismes de pré-paiement ou de création de ressources.
- Développer chez les responsables des structures sanitaires des aptitudes en négociation avec la communauté ainsi que des attitudes et des démarches adaptées à une totale et bonne immersion dans la communauté.
- Renforcer les compétences de la communauté sur le plan institutionnel et individuel :
  - par une bonne campagne d'IEC et de mobilisation sociale qui agit sur la perception de la mortalité maternelle comme problème prioritaire pouvant être résolu et qui implique les associations de femmes
  - en formant les matrones, les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé villageois au niveau de la communauté aux gestes techniques que l'on peut déléguer.
  - en promouvant la préparation de la femme et de sa famille à l'accouchement
  - en favorisant le développement de bonnes relations de collaboration avec les prestataires de service.
- Intégrer toute initiative communautaire de réduction de la mortalité maternelle dans la politique de développement du pays.



Credit photo : Sokhna Fatou Ndiaye/IIED

*Faire de la maternité sans risque une réalité pour les femmes du monde entier est un enjeu qui demande que l'on modifie radicalement les services actuels de santé maternelle, ainsi que les priorités des gouvernements, des organismes multilatéraux et de financement, et des organisations non-gouvernementales (ONG).*

### *De l'engagement politique et du plaidoyer :*

- ☛ Identifier les principales causes des problèmes recensés et établir des priorités de façon à réagir efficacement ; puis initier un plaidoyer puissant en direction des principaux acteurs que sont les décideurs, les élus, les professionnels de la santé, les communautés, les usagers et l'opinion publique.
- ☛ Susciter un engagement politique en faveur d'un équilibre entre les interventions préventives et curatives, et à travers un plaidoyer auprès des décideurs nationaux et des partenaires au développement.

- ☛ Mettre en place une structure de coordination aux niveaux national et régional, visant à réduire la mortalité maternelle, notamment encourager le Ministère de la Santé à nommer un point focal au niveau de la structure chargée de la Santé de la Reproduction pour coordonner les SOU.
- ☛ Organiser une journée nationale "**Maternité à moindre risques**" chaque année dans tous les pays de la région Afrique.
- ☛ Organiser une rencontre des pays de la région pour s'accorder sur un mode de coordination régionale des activités.
- ☛ Favoriser la mise sur pied d'un groupe de travail pluridisciplinaire et multisectoriel, avec comme animateurs clés les points focaux ainsi que les institutions à vocation régionale.
- ☛ Engager les points focaux SOU nationaux à restituer les résultats des activités du groupe de travail dans leurs pays respectifs d'une part, et d'autre part à utiliser les moyens de communication existants (courrier électronique, INTERNET...) afin de partager les expériences.

### *De l'harmonisation des normes et procédures :*

- ☛ Standardiser les normes et les procédures en santé de la reproduction pour améliorer les soins et faciliter la comparaison de la qualité des soins obstétricaux d'urgence offerts dans diverses structures.
- ☛ Exercer un contrôle de qualité de la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence aux niveaux opérationnel et décisionnel en faisant une analyse critique du processus mis en œuvre ("audit maternel") plutôt que de blâmer des individus ("no name, no blame").

- Adopter une approche globale de résolution des problèmes de mortalité maternelle en :
  - suscitant les initiatives communautaires et en s'appuyant sur elles ;
  - initiant une dynamique continue et interactive (basée sur l'identification des problèmes, la définition des priorités, le monitoring des interventions) de manière à ce que l'émergence de nouveaux problèmes ne remette pas en cause les acquis et l'efficacité des interventions ;
  - créant un cadre interministériel de concertation et d'action pour collaborer avec tous les acteurs (communauté, ONG, associations professionnelles, collectivités locales, secteur privé, universités, etc.).

### *Du développement social :*

- La santé n'étant pas seulement le résultat de facteurs médicaux (soins, médication...) mais aussi largement tributaire de l'environnement et de l'éducation, il demeure crucial d'appuyer des actions qui favorisent d'une part la lutte contre la pauvreté, et d'autre part améliorent le statut des femmes en termes :
  - d'accessibilité à l'éducation
  - d'accessibilité au crédit et à l'épargne
  - de promotion des activités génératrices de revenus
  - d'allègement des tâches domestiques
  - d'implication des hommes dans la Santé Reproductive et la Planification Familiale
- Appuyer des actions favorisant des mesures efficaces pour traiter les femmes enceintes affectées par le VIH/SIDA



Credit photo : Susanne Riveles/LWR

## *De la collecte et de la dissémination de l'information*

- Il faut valider les pratiques positives en matière de SOU, en améliorant la collecte des données, en inventoriant de façon permanente les bonnes pratiques dans chaque pays (stratégies, approches, supports et matériels), et en les disséminant lors de rencontres régionales.
- Encourager la publication, la dissémination et l'utilisation des résultats de la recherche en s'appuyant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (inforoutes, réseaux, audiovisuel, etc...).



Credit photo : JHU/CCP

*La maternité à moindre risques est un investissement social et économique indispensable, impérieux et rentable. Promouvoir la santé des femmes permet d'améliorer non seulement la santé de l'individu, mais aussi la santé et la survie de leurs familles, la main-d'œuvre aussi bien que le bien-être des communautés et des pays.*

# Bibliographie

Documents consultés et cités dans cette brochure :

1. **"Maternité Sans Risques : pour que la santé et les droits de la femme en matière de reproduction deviennent une réalité"** Family Care International.
2. **"La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle"** Maine, Akalin, Ward, Kamara, Centre de santé des populations et de la famille, School of Public Health, Columbia University , juin 1997.
3. **"Prévenir la mortalité maternelle par les soins obstétricaux d'urgence : un rai de lumière dans le tunnel obscur de cette tragédie"**, CEFOREP, SARA, SAGO, septembre 2000.
4. **"Maternité sans risques : Fiches d'information"**, Family Care International, et le Groupe Inter Organisation (IAG) sur la "Maternité sans risques", 1998.
5. **"Programme pour la maternité sans danger, Programme d'action"** Herz, Measham. Document de travail de Banque Mondiale N° 9F, 1987.
6. **"Evaluation du système de prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence dans le Cercle de Kolokani, Mali"**. Diallo, Sangaré, Keita, Sacko, Tangara, Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction, Mali, septembre 1998.
7. **"De l'expérience du CREDESA en matière de prise en charge des urgences obstétricales à la périphérie du système de santé au Bénin"**, Alihonou, Adisso, Ekanian, Kanhonou, Octobre 1998.
8. **"Evaluation de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence au centre de santé Roi Baudoin et à l'Hôpital Régional de Tambacounda avec l'appui de la Clinique gynécologique et obstétricale du CHU Le Dantec"**, Diadhiou, Moreira, Gaye, Diatta, Kanouté, Mané, Thioune, Sakho, novembre 1998.
9. **"Evaluation des expériences de prise en charge des urgences obstétricales au Burkina Faso : Ouagadougou, Bobo Dioulasso et Fada Ngourma"**, Cellule de recherche en santé de la reproduction du Burkina Faso, octobre 1998.
10. Une série de présentations en PowerPoint faites lors d'une retraite sur la Santé Maternelle organisée à Washington par le Global Bureau de l'USAID au courant de l'automne 2000 et parmi lesquelles :
  - ◆ **"Enhancing USAID's role in maternal survival,"** octobre 2000.
  - ◆ **"IMPAC" (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth)**, Département de santé et recherches génésiques, OMS.
  - ◆ **"Survie et santé maternelles : trajet vers le développement en Ouganda"**, Application du modèle REDUCE en Ouganda réalisé sous la direction du Ministère de la Santé de l'Ouganda, Division de la santé reproductive, en collaboration avec le Regional Center for Quality of Health Care, le Commonwealth Regional Health Community Secretariat, l'Université de Makerere, et le Mukono District Health Team avec le soutien de AED, PRB et USAID.

## ***EQUIPES DES ETUDES SUR L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE***

### ***EQUIPES-PAYS***

#### **MALI**

1. Fatimata Sambou DIABATE
2. Kaoudo TANGARA
3. Oumou KEITA
4. Massambou SACKO

#### **BURKINA FASO**

1. Blami DAO
2. Blandine THIEBA
3. Bibiane KONE
4. François RAMDE
5. Djeneba OUEDRAOGO
6. Justine LANKOANDE
7. Brigitte THIOMBIANO
8. Cécile SOMDA

#### **BENIN**

1. Adisso SOÏTHENE
2. Alihonou EUSEBE
3. Gatien EKANMIAN
4. Lydia KANHONOU
5. Esther TRAORE

#### **SENEGAL**

1. Fadel DIADHIOU
2. Philippe MOREIRA
3. Babacar MANE
4. Alioune GAYE
5. Kandakhassé KANTE
6. Sébastiana DIATTA
7. Moustapha SAKHO
8. Mamadou THIOUNE

### ***EQUIPE REGIONALE***

- **Professeur Boniface NASAH** (Cameroun)  
Gynécologue-Obstétricien, Chirurgien chef d'équipe
- **Professeur Abdel Karim KOUMARE** (Mali),  
Chirurgien
- **Docteur Farba Lamine SALL** (Sénégal),  
Economiste de la santé
- **M<sup>me</sup> Brigitte THIOMBIANO** (Burkina-Faso),  
Sage-femme
- **M. Mamadou THIOUNE** (Sénégal),  
Sociologue.

# Organisations Ressources dans le domaine de la Santé Maternelle

## Organisations co-parrainant l'initiative "Maternité Sans Risque"

### Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Technical Officer - MCH/FP  
Technical and Evaluation Division  
220 East 42nd Street, New York, New York 10017 USA  
Web : [www.fnuap.org](http://www.fnuap.org)

### Banque Mondiale

Health, Nutrition and Population  
Human Development Network (HDNHE)  
1818 H Street, N.W., Washington DC 20433 USA  
Web : [www.banquemondiale.org](http://www.banquemondiale.org)

### Fédération Internationale de la Planification Familiale (IPPF)

Assistant Secretary General  
Sexual and Reproductive Health technical Support Group  
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park, London NW1 4 NS England  
Web : [www.ippf.org](http://www.ippf.org)



### Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

Division of Communication  
3 UN Plaza, New York,  
New York 10017 USA  
Web : [www.unicef.org](http://www.unicef.org)

### Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Maternal and Newborn Health  
Safe Motherhood Programme  
Division of Family Health  
1211 Geneva 27 Switzerland  
Web : [www.who.org](http://www.who.org)

### The Population Council

International Programs Division  
One Dag Hammarskjold Plaza, New York, New York 10017 USA  
Web : [www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)

### *Pour plus de renseignements, veuillez contacter :*

**Safe Motherhood Secretariat : Family Care International**  
588 Broadway, Suite 503, New York, New York 10012 USA  
Tél. : 212 941-5300 / Fax : 212 941-5563  
E-mail : [smi10@familycareintl.org](mailto:smi10@familycareintl.org)  
Web : [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

## Autres acteurs dans le domaine de la santé maternelle

### White Ribbon Alliance for Safe Motherhood

c/o NGO Networks for Health  
1620 I Street NW Suite 900, Washington D.C. 20006 USA  
Tél: (202) 955-0700 - Fax: (202) 955-1105 - E-mail: [whiteribbonalliance@hotmail.com](mailto:whiteribbonalliance@hotmail.com)  
Web : [www.geocities.com/white\\_ribbonalliance/](http://www.geocities.com/white_ribbonalliance/)

### Maternal and Neonatal Health Program

1615 Thames Street/Suite 100, Baltimore, MD 21231-3492, USA  
tel 410-614-2288 - fax 410-614-6643  
Web : [www.mnh.jhpiego.org](http://www.mnh.jhpiego.org)





Le Projet SARA (Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique) est mis en œuvre par l'Académie pour le Développement de l'Éducation (AED). SARA est un projet trans-sectoriel focalisé sur l'Afrique et qui joue un rôle important en tant que mécanisme USAID, Bureau d'Afrique, Bureau du Développement Durable (AFR/SD) pour la mise en œuvre de recherches, d'analyses, de dissémination, et de plaidoyer.

Le rôle de SARA est composé de quatre volets :

- soutien à la gestion de la recherche ;
- soutien technique ;
- dissémination et plaidoyer des résultats des recherches et des analyses ;
- création de liens avec des experts et des institutions africaines.

SARA a pour objectif l'amélioration de liens entre décideurs et chercheurs par la promotion de l'utilisation des résultats de la recherche dans l'élaboration de politiques et programmes et par l'identification des besoins de recherche en matière d'information au niveau politique.

SARA fournit aux institutions africaines de nouveaux outils d'information leur permettant ainsi d'échanger dans les domaines d'intérêt commun, d'avoir accès aux résultats des unes et des autres et d'augmenter leur capacité à fournir un soutien à la recherche pour la communauté africaine. SARA encourage l'échange d'information sur les recherches de pointe en matière d'éducation, de survie de l'enfant, de certaines maladies infectieuses et tropicales, et de la nutrition et de la population. Enfin, SARA mène des activités de recherche, d'analyse et de dissémination sur des sujets spécifiques en collaboration avec des institutions africaines.



La Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens (SAGO) est une association à but non lucratif créée le 28 mars 1988 à Cotonou par les sociétés nationales des gynécologues et obstétriciens. Les objectifs de la SAGO sont les suivants :

- La mise en œuvre et la promotion d'une politique de formation et de recherche sur des sujets d'intérêt commun, et la coordination des travaux effectués dans le domaine de la gynécologie, de l'obstétrique, de la santé en général et de la santé de la reproduction en particulier.
  - La définition de normes minima en gynécologie-obstétrique.
  - La définition de normes d'exercice de la profession dans les différents pays en collaboration avec les instances compétentes.
  - L'organisation de manifestations scientifiques.
- La création et la promotion d'organes de publication de thèses, d'articles et communications concernant les activités de recherche sur la gynécologie et l'obstétrique en Afrique.
  - L'établissement des liens de coordination et d'outils de coopération avec les gynécologues et obstétriciens d'Afrique et du monde.
  - L'amélioration constante des conditions d'exercice de leur profession et leur adaptation aux normes universelles.

Pour atteindre ces objectifs, la SAGO a mis en place un ensemble d'instances, à savoir : une assemblée générale, un bureau exécutif, un comité consultatif et des commissions techniques.



Le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) est une institution régionale basée à Dakar, Sénégal, créée en 1996 grâce au soutien de l'USAID. Il se propose de contribuer à la réalisation des objectifs définis par les structures gouvernementales des pays africains en matière de santé de la reproduction, grâce à des activités de formation et de recherche adaptées et de qualité.

L'institution est placée sous l'autorité d'un Conseil d'Administration composé d'éminentes personnalités disposant d'une grande expérience dans les domaines de la santé de la reproduction, de la promotion de la femme, de l'administration de programmes et de la formation. Ses activités s'inscrivent dans le cadre des conclusions de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire 1994) relatives à la santé de la reproduction. Ainsi, le CEFORÉP met à la disposition des institutions africaines son réseau de consultants dont l'expérience et les compétences en matière de formation et de suivi-évaluation sont avérées.

Les activités de recherche s'inscrivent dans le cadre des priorités définies par les acteurs intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction. Il s'agit de recherches opérationnelles portant sur les facteurs socioculturels, épidémiologiques, cliniques et institutionnels qui influent sur la mise en œuvre de politiques de santé de la reproduction

Enfin, le CEFORÉP a créé un centre d'information et de documentation qui sert de cadre d'échange d'expériences et permet au CEFORÉP de participer activement à la vulgarisation des connaissances en santé de la reproduction.



**CENTRE DE FORMATION  
ET DE RECHERCHE EN SANTE DE  
LA REPRODUCTION**



**SOUTIEN POUR L'ANALYSE  
ET LA RECHERCHE EN AFRIQUE**



**SOCIÉTÉ AFRICAINE DE  
GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS  
AFRICAN SOCIETY FOR  
GYNECOLOGISTS-OBSTETRICIAN**



**UNITED STATES AGENCY FOR  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT  
BUREAU FOR AFRICA / OFFICE OF  
SUSTAINABLE DEVELOPMENT**

