

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Quatrième partie
**Gynécologie-obstétrique
du monde**



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Méthodes de réduction de la mortalité maternelle dans les pays à haute prévalence

A. DUMONT ^{1, 2}
(Paris)

Résumé

La mortalité maternelle reste toujours très élevée dans la plupart des pays en développement. Une large part des décès maternels est due à un traitement trop tardif ou inapproprié des complications obstétricales. Il est donc urgent de mettre en œuvre des interventions efficaces pour remédier à cette situation. Quelques évaluations expérimentales ou quasi expérimentales permettent de fournir les premières évidences sur l'efficacité et la mise en œuvre des interventions qui visent à réduire la mortalité maternelle dans les pays à forte prévalence. Ces interventions consistent en général à mobiliser les communautés pour améliorer le recours aux soins obstétricaux d'urgence en temps utile et à améliorer la filière de soins et les pratiques médicales aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les approches basées sur les revues de cas de mortalité maternelle ou de morbidité sévère dans les établissements de santé et les interventions sur la filière de soins semblent les plus efficaces.

1 - Institut de recherche pour le développement - UMR 216 - Faculté de pharmacie -
4 avenue de l'Observatoire - 75005 Paris

2 - UMR 216 - Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité - Paris

Correspondance : alexandre.dumont@ird.fr

Mots clés : mortalité maternelle, santé mondiale, accès aux soins, qualité des soins obstétricaux

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial, en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Chaque jour dans le monde, plus de 800 femmes meurent des suites de complications survenues pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum [1]. Parmi ces décès, entre 1 et 10 ont lieu dans les pays industrialisés. La grande majorité des morts maternelles se produisent dans les régions les plus pauvres du monde, notamment en Afrique sub-saharienne. Dans ces pays, les femmes les plus à risque de mortalité maternelle sont les plus pauvres, celles qui résident loin des services de santé et les moins instruites. Cette revue de la littérature a pour objectif de présenter les résultats des évaluations qui ont permis de fournir les premières évidences scientifiques sur l'efficacité et la mise en œuvre des interventions visant la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.

I. LES CAUSES MÉDICALES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les ruptures utérines, les hémorragies ante- ou post-partum, les hypertensions sévères, les infections et les complications du premier trimestre de la grossesse (avortement et grossesse extra-utérine) sont à l'origine de 80 % des décès maternels. Les traitements de ces urgences obstétricales sont pourtant bien connus et une classification a été élaborée pour analyser les besoins dans les pays en développement.

On distingue les soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base et SOU complets (Tableau I). Cependant, leur mise en œuvre représente des défis majeurs dans la plupart des pays à faibles ressources pour des systèmes de santé fragiles et en développement.

Tableau I - Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) essentiels

SOU de base	SOU complets
1. Administration parentérale d'antibiotiques 2. Administration parentérale d'ocytociques 3. Administration parentérale d'anti-convulsivants 4. Extraction manuelle du placenta 5. Aspiration intra-utérine lors des avortements ou curetage 6. Extraction instrumentale du fœtus (forceps ou ventouse)	Soins de 1 à 6 associés à : 7. Chirurgie (césarienne) 8. Transfusion sanguine

II. LES CAUSES NON MÉDICALES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Pour des raisons socioculturelles multiples, l'accouchement à domicile reste une pratique encore courante dans les sociétés traditionnelles. Actuellement dans le monde, deux tiers des accouchements ont lieu à la maison et la moitié ne sont pas assistés par du personnel qualifié. L'intervention des tradi-praticiens, matrones ou chefs religieux, en cas de complication obstétricale, représente une alternative fréquente lors d'un recours aux soins, y compris en milieu urbain. Les femmes et leur entourage tardent souvent à prendre la décision de se rendre dans une formation sanitaire parce qu'elles ne reconnaissent pas la gravité de la situation ou parce qu'elles n'en perçoivent pas le bénéfice attendu. Elles éprouvent souvent des difficultés à arriver rapidement à l'hôpital à cause du mauvais état des routes, de l'absence de véhicule motorisé ou des distances parfois considérables à parcourir. Le manque de directives cliniques pour rationaliser la référence, l'insuffisance de communication entre les échelons, une disponibilité inconstante des moyens de transports et les difficultés liées à l'acceptabilité des services de référence qui ont parfois une mauvaise réputation expliquent en grande partie le faible niveau de performance des filières de soins. De plus, le problème du coût élevé des soins

obstétricaux d'urgence, en particulier la césarienne, constitue en dehors des barrières culturelles et physiques éventuelles un obstacle important à une utilisation appropriée des services. Enfin, la qualité des soins dans les établissements de santé est très hétérogène, et assez souvent insuffisante. Des comportements professionnels inappropriés nuisent à la prise en charge des urgences obstétricales. Il en résulte des délais trop longs dans la prise de décision et dans le traitement des complications. Ainsi, la mortalité maternelle hospitalière reste très élevée, autour de 1 % des parturientes en Afrique sub-saharienne notamment.

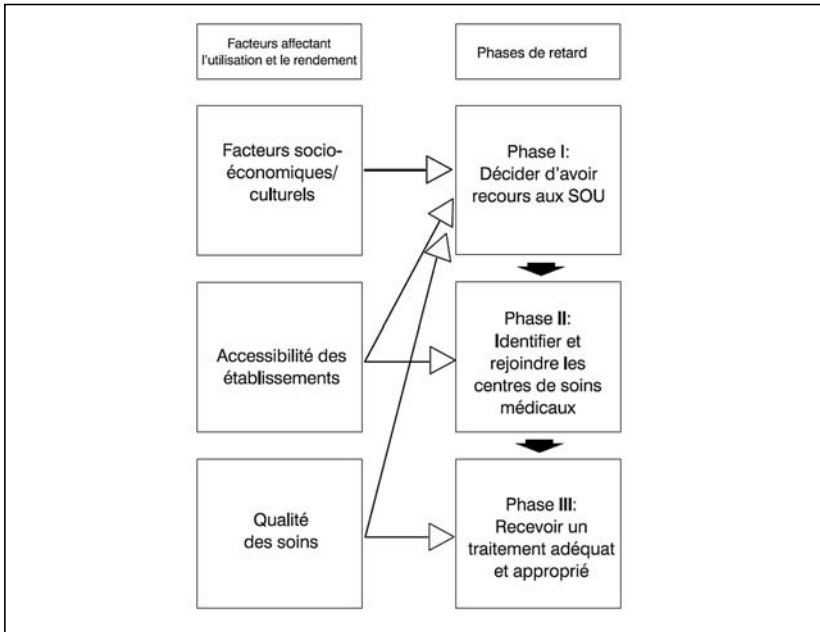
III. QU'EST-CE QUI EST EFFICACE DANS CE CONTEXTE ?

De nombreuses initiatives ont été prises pour remédier à cette situation. Elles sont basées sur des interventions médicales ou non médicales, dans la communauté ou au sein des formations sanitaires, pour améliorer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services obstétricaux. Ces différentes approches ont pour but de réduire les différents délais dans la prise en charge des urgences obstétricales dont la plupart ne sont pas prévisibles [6]. Ces délais peuvent être classés en trois phases (Figure 1) : (I) le délai dans la décision de consulter ; (II) le délai dans l'acheminement des patientes vers les structures adaptées ; et (III) le délai dans la prise en charge au sein des formations sanitaires. Les interventions réalisées au niveau de la communauté (groupe de femmes, village, quartier) ciblent généralement le premier et le deuxième délai. Elles sont censées améliorer l'utilisation des services. Les interventions réalisées au niveau de la filière de soins et des établissements de santé ciblent le deuxième et le troisième délais. Leur but est d'améliorer l'accès en temps utile à des services de soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité.

IV. COMMENT AMÉLIORER L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ?

Les interventions qui ciblent le premier délai concernent les programmes de formation complémentaire et de supervision des agents de santé communautaire. La qualification de ces agents est très

Figure 1 - Le modèle des trois délais



variable selon les pays et les études : représentant de la communauté (souvent féminin), relais communautaire, accoucheuse traditionnelle, matrone, animateur ou travailleur social, infirmière obstétricienne ou sage-femme de village. Cette formation complémentaire a pour objectif d'offrir des soins maternels et néonataux à domicile. Elle est différente de la formation habituelle que les agents de santé ont reçue dans le cadre d'un diplôme reconnu par l'État. Elle cible les soins maternels pendant la grossesse, l'accouchement et dans la période du post-partum ; les soins néonataux essentiels ; les conseils pour l'allaitement ; la gestion et l'orientation des cas compliqués ; le développement des compétences pour l'information, l'éducation et la communication (IEC) au niveau des populations dans le but de changer les comportements et mobiliser la communauté. Les sessions de formation ont lieu dans un établissement de santé et/ou dans la communauté. Selon les programmes, une supervision régulière est prévue pour assurer le lien entre les agents de santé communautaire et les services de santé. Une méta-analyse de 18 essais contrôlés randomisés et études quasi expérimentales a évalué l'impact de la formation/supervision des

agents de santé communautaire dans les pays en développement [7]. Globalement, ces interventions permettent de réduire la mortalité néonatale, mais ont peu d'effets sur la mortalité maternelle.

V. COMMENT AMÉLIORER LA FILIÈRE DE SOINS ?

Les interventions visant à limiter les retards dans l'accès aux services de SOU consistent à mettre en place des moyens de communication tels que le téléphone, la radio et les véhicules de transport, à réduire la barrière financière (coût du transport), à développer des lignes directrices et protocoles des soins pour aider les professionnels de la santé à prendre des décisions en temps utile, à réorganiser les systèmes de santé (par exemple en offrant des services de santé intermédiaire comme les maisons d'attente ou en renforçant la collaboration entre les différents niveaux de soins) et à mobiliser les membres de la communauté (y compris les accoucheuses traditionnelles) afin qu'ils participent activement aux activités de référence des urgences obstétricales (par exemple accompagner les femmes pendant le transport ou mettre à disposition de la communauté des véhicules pour le transport urgent des femmes et/ou des nouveau-nés). Les interventions peuvent être simples (une seule composante) ou combiner plusieurs activités afin d'améliorer simultanément la communication, le transport et lever la barrière financière liée aux coûts de transport. La plupart de ces interventions ont été suivies d'une réduction de la mortalité néonatale, et parfois maternelle, lorsque le système de référence des urgences a été significativement amélioré. L'effet le plus important a été observé en Inde [8].

VI. COMMENT AMÉLIORER LA PRATIQUE MÉDICALE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES ?

Le concept et les techniques d'amélioration continue de la qualité (ACQ) offrent des stratégies variées pour améliorer les services de santé. Cette approche concerne les interventions complexes dans lesquelles les acteurs de santé sont directement impliqués, en analysant et modifiant les processus de soins pour améliorer la performance des services et la santé de leurs patients. Elle concerne les techniques

d'éducation des professionnels (formation continue), les méthodes d'audit clinique, l'intervention de leaders d'opinion, les systèmes de rappel et d'aide à la décision assistés ou non par ordinateur [9]. Des méthodes d'audit clinique ont été décrites depuis longtemps, et l'obstétrique est l'une des spécialités médicales où cette approche a été largement utilisée. Les revues de morbi-mortalité réalisées dans la plupart des maternités françaises illustrent bien cette méthode. Certains pays en développement commencent également à les utiliser. Il s'agit d'une analyse systématique et approfondie de la qualité des soins, incluant les procédures de diagnostic et de traitement, l'utilisation des ressources, et les résultats sur la santé et la qualité de vie des patients. Il existe plusieurs façons de mettre en œuvre les audits et il y a probablement autant d'opinions sur la question que d'auteurs sur le sujet. Cependant, il existe des étapes clés communes à toutes ces approches qui définissent le cycle de l'audit : (a) identification des cas ; (b) collecte de l'information ; (c) analyse des résultats ; (d) élaboration des recommandations ; et (e) mise en œuvre et évaluation des mesures recommandées. Un large essai contrôlé randomisé en grappe au Sénégal et au Mali, évaluant l'efficacité des audits de décès maternels combinés à la formation continue en SOU et à la supervision du personnel de santé, a montré une réduction de 15 % de la mortalité maternelle [10]. L'effet était particulièrement marqué dans les hôpitaux de première ligne (35 % de réduction).

CONCLUSION

Les urgences obstétricales sont à l'origine d'une large part de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Le retard dans la prise en charge de ces urgences est souvent fatal pour la mère et son enfant. De nombreuses initiatives ont été testées pour mobiliser les communautés ou améliorer la filière de soins et les pratiques médicales afin que les femmes puissent accéder plus rapidement à des services obstétricaux de qualité. Quelques évaluations expérimentales ou quasi expérimentales permettent de fournir des premières évidences sur l'efficacité et la mise en œuvre des interventions qui visent à réduire la mortalité maternelle. Les approches basées sur les audits de décès maternels ou « échappé belle » dans les établissements de santé et les interventions qui améliorent le système de référence des urgences obstétricales semblent les plus efficaces.

Bibliographie

- [1] Abouzahr C, Wardlaw T. The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. WHO April 7, 2005. Available online at: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.
- [2] Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet* 1987;1(8534):668-70.
- [3] Déclaration du Millénaire. <http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.html>. Genève: Organisation des Nations Unies, 2000.
- [4] Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM *et al*. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010;375(9726):1609-23.
- [5] Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006;368(9543):1284-99.
- [6] Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994;38(8):1091-110.
- [7] Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD007754.
- [8] Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S *et al*. Effect of community based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2008;372:1151-62.
- [9] Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF and Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005;366:1026-35.
- [10] Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser W. QUARITE (quality of care, risk management, and technology in obstetrics): a cluster-randomized trial of a multifaceted intervention to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali. *Lancet* 2013;382:146-157.