

**PROGRAMME
HUMANITAIRE &
DÉVELOPPEMENT**

LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT : Un enjeu de société

Par Vincent DE BROUWERE
INSTITUT DE MÉDECINE TROPICALE, ANVERS

MARS 2017

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – *GLOBAL HEALTH*



La mortalité maternelle est un indicateur chargé d'émotions. Pendant des décennies, elle a été réduite à des stratégies verticales qui se sont progressivement concentrées sur les soins hospitaliers théoriquement capables d'empêcher une femme enceinte de mourir. Le niveau de mortalité maternelle est devenu un indicateur de la performance du système de soins de santé, puisque la partie visible des interventions qui empêchent un décès maternel est complètement gérée par les services de santé. Il faut cependant regarder au-delà et considérer que le décès maternel est le résultat d'une chaîne de dysfonctionnements et de manque de ressources, qui dépendent de facteurs situés en dehors du système de soins de santé, à savoir le résultat d'un choix de société.

LE DÉCÈS MATERNEL, UN ÉVÈNEMENT AUX LOURDES CONSÉQUENCES POUR LA FAMILLE ET LA SOCIÉTÉ

Lorsqu'on parle de mortalité maternelle, on ne peut s'empêcher de repenser à l'image médiatisée il y a une trentaine d'années d'un Boeing 747 rempli de jeunes femmes en bonne santé, s'écrasant toutes les 6 heures. L'émotion qui entoure le décès d'une femme enceinte est très grande, en partie parce qu'il est considéré évitable avec les techniques actuelles et donc injuste. Mais aussi parce que les conséquences des décès maternels sur le reste de la famille sont parfois catastrophiques : le coût des soins pour un ménage pauvre fait basculer toute la famille dans l'extrême pauvreté et les enfants orphelins ont un risque de mourir multiplié par 10. Une étude récente menée en Chine a aussi montré que les enfants survivants plus âgés avaient 9 fois plus de risques d'abandonner l'école et aussi que la qualité de vie des veufs était significativement affectée.

Aujourd'hui, la mortalité a été diminuée de près de 50% comparée à 1990 et on parle d'un décès maternel toutes les 2' dans le monde. Cette fréquence est encore inacceptable. La réduction de la mortalité maternelle trouve sa signification profonde dans la réduction de la mort prématurée, la souffrance des familles affectées et l'injustice ressentie. La prise de conscience de l'ampleur de la mortalité maternelle est relativement récente, en tout cas vis-à-vis du problème dans les pays en voie de développement (PEVD) : ce n'est qu'en 1985 que l'attention du monde académique et des agences d'aide a été attirée par l'écart énorme entre le risque de décès maternel chez les femmes des pays riches et chez celles des PEVD. Il y avait à cette époque très peu de publications sur la question et quasiment aucun chiffre fiable de mortalité dans les pays en voie de développement.

LA MORTALITÉ MATERNELLE, UN INDICATEUR DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le niveau de mortalité maternelle est devenu un indicateur de la performance du système de santé car les interventions qui vont prévenir ou empêcher de justesse un décès maternel sont apparemment toutes gérées par les services de santé. Au niveau communautaire, les agents de santé vont identifier les femmes enceintes, essayer de les convaincre de se rendre à la consultation prénatale et leur expliquer les signes de danger. Les centres de santé vont identifier les problèmes à la consultation prénatale et les prendre en charge ou les référer, ainsi que négocier avec les femmes le plan d'accouchement. Les maternités périphériques vont réaliser les accouchements normaux et identifier à temps les complications durant le travail, de manière à référer les femmes vers l'hôpital de district. À l'hôpital, on prendra en charge la complication ou bien la femme sera référée à l'échelon supérieur (l'hôpital régional ou l'hôpital universitaire). Ceci se passe dans un monde idéal, dans lequel les femmes pauvres ont vraiment accès à l'ensemble des soins offerts, sont écoutées, respectées et correctement prises en charge par des professionnels de santé compétents, disponibles et redevables. Ce monde idéal aurait considérablement réduit la pauvreté extrême et les iniquités. Ce n'est pas ce qu'on observe dans la plupart des PEVD. Quoi qu'il en soit, la mortalité maternelle reflète le niveau de performance de l'ensemble du système de santé, puisque la réduction de cette mortalité exige que tous les niveaux de soins – depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau national – fonctionnent de manière optimale et coordonnée.

LES POLITIQUES DE RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Pour toutes ces raisons, les premières initiatives de réduction de la mortalité maternelle se sont concentrées sur des stratégies censées jouer sur les déterminants directs de la mortalité. Dans les années 1980, il s'agissait d'augmenter la couverture de la consultation prénatale. Les managers des programmes internationaux avaient l'illusion que l'identification des femmes enceintes à risque allait permettre de diriger avec efficacité celles qui avaient besoin de soins spécialisés et laisser les autres (sans risque identifié) accoucher à la maison. Le problème de cette stratégie a été la faible valeur prédictive des risques identifiés et la difficulté des femmes de se rendre à l'hôpital lorsque c'était nécessaire. Les soins à l'hôpital le plus proche n'étaient pas non plus toujours à la hauteur et recevoir ce type de soins – quand soins il y avait – n'était pas une garantie de survie. Pire peut-être, dans la plupart des pays, l'approche de risque a concentré le contenu de la consultation prénatale sur l'application d'un questionnaire, de manière à cocher les risques possibles, sans qu'il y ait une réelle écoute des femmes

ou une réponse à leurs problèmes perçus ou identifiés (lorsque le centre de santé disposait des ressources pour le faire). L'autre stratégie verticale initiée dès les années 1970 a été de former les accoucheuses traditionnelles aux méthodes modernes (propreté, lame de rasoir pour couper le cordon, etc.). Les évaluations n'ont montré aucun avantage pour les mères (en termes de survie), puisque la prise en charge des complications sévères exige des soins hospitaliers efficaces. Par contre, quelques études ont montré un effet positif sur la survie des nouveau-nés.

Les bailleurs ont financé ce type de programme 'vertical', d'abord à travers les programmes de l'État, puis à travers les ONG quand la confiance dans les États a diminué. Malheureusement, l'estimation de la mortalité maternelle ne montrait pas de réelle décroissance. Les bailleurs se sont ensuite concentrés progressivement sur les soins obstétricaux urgents au niveau des maternités périphériques et des hôpitaux de district. Mais là encore, les estimations ne montraient pas de réduction à la hauteur des investissements consentis dans ce type d'intervention. La part de l'aide concédée par les grands bailleurs à la santé maternelle a toujours été réduite, comparée à celle versée dans des programmes s'attaquant à des maladies telles que le VIH-Sida ou aux maladies vulnérables par la vaccination (GAVI). Cela s'explique en partie par l'efficacité de la communication des activistes du SIDA, en autre partie parce que les solutions proposées pour réduire la mortalité maternelle se sont révélées trop complexes, avec un bénéfice retardé et difficilement attribuables à une intervention particulière financée par l'aide.

LA MESURE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Le problème du suivi des politiques de santé maternelle en termes de réduction des ratios de mortalité était posé. Ce fut le cas pour le suivi de l'atteinte de l'Objectif du millénaire pour le développement n°5 et c'est tout aussi crucial pour suivre les progrès dans l'atteinte des Objectifs du développement durable. Les bailleurs ont alors poussé les chercheurs à améliorer leurs méthodes de mesure de la mortalité maternelle. La façon la plus habituelle de la mesurer est de l'exprimer en ratio de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Jusqu'en 1989, la seule façon était de reposer les calculs sur l'enregistrement des décès maternels à l'état civil. Or, très peu de PEVD avaient (et n'ont toujours pas) un état civil fiable, qui implique que pour chaque décès de femme en âge de procréation, on ait certifié médicalement la cause du décès. En 1989, Graham et Brass ont proposé une méthode d'estimation basée sur une enquête en population, qui reposait sur une série de questions simples adressées à un échantillon de femmes à propos des décès de leurs sœurs. Cette méthode a alors été insérée dans les Enquêtes démographique et de santé (EDS) pour produire des estimations de la mortalité maternelle. L'inconvénient est que même avec des échantillons de plusieurs milliers de

ménages, les intervalles de confiance sont très larges (souvent du simple au double), rendant impossible toute comparaison avec un intervalle de moins de 10 ans. Cela n'est pas très stimulant pour des bailleurs qui veulent rapidement voir les effets des interventions qu'ils ont financées, et qui veulent aussi surtout mesurer le coût-efficacité de différentes stratégies qui leur sont proposées pour financement. C'est tout à fait explicite dans les critères d'octroi des fonds par la Fondation Bill & Melinda Gates, l'USAID et le Grand Challenge (financé par l'USAID, le Canada et la Norvège), où la question est clairement posée : combien de vies sauvées par l'intervention que vous proposez ?

Les bailleurs ont alors financé des méthodes alternatives, en particulier la modélisation mathématique à partir de différentes sources de données. C'est ce que fait l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), dirigée par Christopher Murray, le père des DALYs. C'est aussi ce que font en parallèle l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la World Bank Group et la United Nations Population Division, qui ont publié chaque année à partir de 2010 et jusqu'en 2015 leurs propres chiffres, bien entendu différents de ceux de l'IHME et des chiffres nationaux issus des EDS.

En 2013, l'OMS et l'UNFPA ont lancé une initiative visant à améliorer l'identification des décès maternels et de leurs causes : la Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR). Le suivi montre des progrès lents. En 2016, sur 103 pays pauvres et à moyen revenu, 86 ont une politique nationale de notification de tous les décès maternels mais seulement 46 ont un comité SDMR qui se réunit au moins deux fois par an. Là où on a pu comparer les chiffres des décès notifiés avec le nombre estimé par la modélisation, on constate que la couverture est largement inférieure à 50% des décès estimés. Bref, la fiabilité n'est pas encore au rendez-vous ! Il faut reconnaître que ce n'est pas vraiment mieux dans les pays riches, où la recherche a montré qu'entre la notification des décès maternels à l'état civil et la mesure plus précise par la recherche, les écarts pouvaient être énormes (parfois moins de la moitié des décès étaient notifiés correctement). Cela pousse les pays riches à augmenter systématiquement de 50% les chiffres fournis par l'état civil pour approcher le niveau 'réel' de mortalité maternelle.

Nous sommes dans une situation un peu paradoxale où des interventions 'verticales', ou tout au moins très spécifiques, doivent influencer un résultat – la mortalité maternelle –, dont la mesure est trop imprécise, retardée et trop dépendante de facteurs externes pour être utile au suivi de ces interventions. Est-ce alors indispensable ? Politiquement parlant, oui : tous les gouvernements des pays à faible et moyen revenu utilisent les ratios de manière presque obsessionnelle (à l'unité près) pour se comparer aux pays voisins ou comparer leur politique à celle du gouvernement précédent. Est-ce que la mesure du ratio est indispensable pour être efficace ? Pas nécessairement. Des indicateurs proxy existent. L'essentiel est ce qu'on fait avec l'information, à commencer par l'information

contenue dans les dossiers de décès maternels : quelle analyse locale ? Répond-t-elle au problème ? Quelle analyse au niveau régional ? Au niveau national ? Quelles solutions sont proposées ? Rares sont les pays qui sont parvenus à organiser l'analyse à tous les niveaux et qui ont mis en place une riposte et un système s'attaquant aux causes systémiques (et pas seulement médicales) des décès maternels intégrant la réflexion au niveau local et régional.

LA COMPLÉXITE DE LA RÉPONSE

Une telle organisation de la riposte est-elle réaliste ? Des pays riches comme le Royaume-Uni ou la France l'ont organisée, des PEVD comme le Rwanda sont en voie d'y parvenir mais avec un impact sur la mortalité maternelle plutôt modeste. La réponse nécessite en effet des personnels de santé motivés à analyser et définir des stratégies 'médicales' (et on sait la difficulté des personnels de santé à adopter des standards cliniques basés sur l'évidence) et systémiques (dont le système de référence entre les villages et les maternités, et entre les maternités et l'hôpital). Cependant, avoir des personnels de santé à ce point motivés ne suffit pas si l'ensemble des acteurs du système de santé ne s'impliquent pas. Par exemple, le système de référence peut être optimal mais si des médicaments essentiels manquent, la patiente peut en mourir. Ces médicaments essentiels manquent éventuellement parce que quelqu'un dans la chaîne d'approvisionnement n'a pas fait son travail ou que la priorité n'était pas de fournir ce médicament. Le problème peut provenir d'un manque de maintenance des équipements, ou bien encore de l'absence d'équipement de base essentiel. Cela peut encore être plus complexe lorsque les comportements de chacun dans la communauté sont critiques. Cela paraît évident pour la réduction de l'incidence du VIH (une cause médicale indirecte de décès maternel importante en Afrique australe). Lorsqu'il s'agit de santé maternelle, on peut se demander si le relativement faible intérêt n'est pas lié à la place de la femme dans la société, surtout si elles sont pauvres. Même dans les pays où la césarienne est fortement subsidiée ou gratuite, ce sont les moins pauvres qui en ont bénéficié le plus.

La réduction de la mortalité exige une réponse complexe, qui touche à l'organisation des services de santé mais aussi au changement de comportement d'un grand nombre d'acteurs, dans et en dehors du système de santé. L'impulsion nécessaire à cette réponse complexe ne pourra devenir effective que si des voix s'élèvent dans la société pour réclamer que le problème soit mis à l'agenda politique. ■

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

Un enjeu de société

PAR

Vincent DE BROUWERE

INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE, ANVERS

MARS 2017

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – « GLOBAL HEALTH »

Sous la direction de Nathalie ERNOULT et du Dr Anne SÉNÉQUIER
ernoult@iris-france.org – senequier@iris-france.org

Un observatoire du

PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT

Sous la direction de Michel MAIETTA, directeur de recherche à l'IRIS
maietta@iris-france.org

© IRIS

Tous droits réservés

INSTITUT DE RELATIONS INTERNATIONALES ET STRATÉGIQUES

2 bis rue Mercoeur

75011 PARIS / France

T. + 33 (0) 1 53 27 60 60

contact@iris-france.org

@InstitutIRIS

www.iris-france.org