



# RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Expériences positives  
de MSF au Burundi  
et en Sierra Leone



© Lynsey Addario - Sierra Leone

# SOMMAIRE

- 5 RÉSUMÉ
- 5 POURQUOI DEVONS-NOUS NOUS PRÉOCCUPER DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ?
- 6 MORTALITÉ MATERNELLE EN SIERRA LEONE ET AU BURUNDI
- 10 LE PANEL DE SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DE MSF AU BURUNDI ET EN SIERRA LEONE
- 11 RÉSULTATS
- 14 CONCLUSION



© Sarah Elliott - Burundi

# RÉSUMÉ

Les recherches opérationnelles menées dans le cadre de projets de MSF à Kabezi (Burundi) et à Bo (Sierra Leone) montrent qu'il est possible rapidement de réduire la mortalité maternelle de 74%, en assurant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. L'étude de MSF est la première dans son genre à quantifier l'impact d'un tel modèle de soins sur la mortalité maternelle dans le contexte africain.

Bien qu'elle soit tout à fait évitable, la mortalité maternelle constitue toujours un problème majeur dans de nombreux pays pauvres. Une femme court 200 fois plus le risque de mourir en couches en Sierra Leone qu'en Suède. A l'échelle mondiale, le nombre de femmes qui meurent en mettant au monde un enfant est d'environ 287 000 par an. Ces bébés, suite au décès de leur mère, risquent dix fois plus de mourir prématurément.

Médecins Sans Frontières (MSF) jouit d'une longue expérience dans l'offre de soins maternels dans le monde. En 2011, l'organisation a ainsi aidé 192 000 femmes à accoucher.

MSF s'emploie à sauver la vie des mères au Burundi depuis 2006 et en Sierra Leone depuis 2008. Ces deux pays connaissent des taux de mortalité maternelle extrêmement élevés en raison de l'accès problématique à des soins obstétricaux d'urgence de qualité. En cause notamment, le manque de personnel qualifié et d'infrastructures médicales, ainsi que les années de guerre civile qui ont anéanti le système de soins de santé.

Le modèle de soins de santé maternelle déployé par MSF dans ces deux pays est basé sur un système de transfert par ambulance : les femmes ayant besoin de soins obstétricaux d'urgence sont transportées dans un hôpital MSF spécialisé. L'hôpital dispense tous les soins obstétricaux d'urgence, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. L'ensemble des services est gratuit.

Dans le district de Kabezi (Burundi), MSF est seule à dispenser des soins obstétricaux d'urgence. Ses statistiques pour 2011 indiquent que la mortalité maternelle y a été ramenée à 208 cas pour 100 000 naissances vivantes, soit une diminution de 74 % par rapport à la moyenne nationale de

800 décès pour 100 000 naissances vivantes. Toujours pour 2011, en Sierra Leone, les statistiques de MSF indiquent que la mortalité maternelle dans le district de Bo est passée à 351 pour 100 000 naissances vivantes. Il s'agit ici d'une diminution de 61 % par rapport au ratio de 890/100 000 dans le reste du pays.

Dans ces districts, les frais de fonctionnement totaux par habitant et par an pour ces programmes n'excèdent pas 1,5 euro à Bo et 3,2 euros à Kabezi. Aucune infrastructure ou technologie de pointe n'est nécessaire. Ces résultats prouvent que des investissements relativement limités permettent de réduire rapidement et significativement le nombre de femmes qui meurent en couches.

Le cinquième objectif du Millénaire pour le développement sert de point de référence international. Il vise à réduire de 75 % la mortalité maternelle d'ici 2015, par rapport au taux national de 1990. Les estimations de MSF indiquent que le taux de mortalité maternelle dans le district de Kabezi est déjà inférieur à ce seuil. À Bo, MSF est convaincue que son intervention permettra d'atteindre une diminution de 75 % d'ici 2015.

Le modèle de soins obstétricaux d'urgence que MSF a développé en Sierra Leone et au Burundi a déjà évité à un nombre significatif de mères de mourir de complications liées à la grossesse.

L'expérience positive de MSF dans ces pays doit encourager les bailleurs de fonds, les gouvernements et les autres ONG : dans des pays où la mortalité maternelle est élevée et où l'accès aux services obstétricaux d'urgence est limité, investir dans un système de transfert fonctionnel et efficace et dans des soins obstétricaux disponibles 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 porte ses fruits.

# POURQUOI DEVONS-NOUS NOUS PRÉOCCUPER DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ?

© Sarah Elliott - Burundi



Chaque année, quelque 287 000 femmes dans le monde meurent suite à des complications liées à leur grossesse et à l'accouchement<sup>1</sup>. La plupart sont jeunes, actives et en bonne santé. En outre, pour chaque femme qui perd la vie, vingt autres contractent un problème de santé chronique ou un handicap en raison, par exemple, d'une fistule obstétricale.

Dans le monde, près de 15 % des femmes enceintes développent des complications potentiellement mortelles, et ce dans chaque pays et dans chaque groupe de population<sup>2</sup>. Mais le sort des femmes enceintes dépend grandement de l'endroit du monde où elles donnent la vie. En fait, 99 % des décès maternels ont lieu dans les pays pauvres<sup>1</sup>, où les services médicaux sont trop peu accessibles ou trop coûteux pour de nombreuses personnes.

La majorité des décès maternels ont lieu juste avant, pendant ou juste après l'accouchement. S'il n'est souvent pas possible de prévoir les complications qui entraîneront la mort d'une mère, il est souvent possible d'éviter les décès dus à ces complications en permettant aux femmes d'accéder à temps à des soins obstétricaux d'urgence adéquats. Cela inclut des médicaments, du matériel médical et du personnel de santé qualifié, capable de détecter à temps les complications et d'administrer le traitement qui convient.

Quand la mère est en danger, c'est toute la famille qui est menacée. Les enfants dont la mère est morte en leur donnant la vie courent dix fois plus de risques de mourir prématurément<sup>2</sup>, et leurs aînés – qui n'ont plus de mère pour s'occuper d'eux – sont également en danger. Sauver des mères, c'est aussi sauver des enfants.

<sup>1</sup> Données de l'OMS disponibles à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/index.html>

<sup>2</sup> Données de l'OMS disponibles à l'adresse : <http://www.who.int/features/qa/12/fr/index.html>

## LES CINQ CAUSES PRINCIPALES DE MORTALITÉ MATERNELLE À TRAVERS LE MONDE :

### HÉMORRAGIE

(saignement important)

Les hémorragies ont souvent lieu juste après l'accouchement.

25%

### SEPTICÉMIE

(infection)

Accoucher dans un environnement hygiénique réduit au minimum les risques d'infection. Toute infection doit être traitée avec des antibiotiques.

15%

### AVORTEMENT À RISQUE

Les avortements doivent être réalisés par du personnel de santé qualifié dans un environnement sûr et hygiénique.

13%

### TROUBLES HYPERTENSIFS

(pré-éclampsie et éclampsie)

La pré-éclampsie peut se produire à la fin de la grossesse, pendant le travail ou après l'accouchement. Le stade final – l'éclampsie – se caractérise par des convulsions.

12%

### DYSTOCIE

Le travail dystocique se produit quand la tête de l'enfant est trop grosse pour le pelvis de la femme, quand le fœtus est en position anormale, ou en cas de contractions utérines faibles ou désordonnées.

8%



“ Je suis à Bo depuis cinq mois et demi. C'est totalement différent des États-Unis, d'où je suis originaire. La plupart des cas sont bien plus graves, urgents et potentiellement mortels. Si MSF n'était pas présente, la plupart des femmes qui viennent nous voir mourraient. Ce que je préfère dans mon travail, c'est sentir que je fais une différence, et toute la gratitude que m'expriment les patientes. Ce que je n'aime pas, c'est voir des patientes mourir et savoir que nous ne pouvons pas sauver tout le monde. ”

Betty Raney, 57 ans, obstétricien, Bo, Sierra Leone

# MORTALITÉ MATERNELLE EN SIERRA LEONE ET AU BURUNDI



SIERRA LEONE

Les taux de mortalité maternelle en Sierra Leone et au Burundi sont parmi les plus élevés du monde. Les deux pays ont été le théâtre de guerres civiles qui ont anéanti leur système de santé et dont ils ne se sont toujours pas remis.

Le taux national de mortalité maternelle en Sierra Leone est le troisième plus élevé au monde (après le Tchad et la Somalie), avec 890 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le Burundi arrive en cinquième position (juste après la République centrafricaine) avec 800 décès pour 100 000 naissances vivantes. Pour bien prendre la mesure de ces chiffres, notons que le taux de mortalité maternelle en Suède est de 4 décès pour 100 000 naissances vivantes.

L'un des principaux obstacles à la reconstruction du système de santé en Sierra Leone et au Burundi est le manque criant de personnel médical qualifié. En 2012, seuls trois obstétriciens étaient enregistrés auprès du ministère sierra-léonais de la santé, pour une population de plus de cinq millions de personnes. Au Burundi, des 23 obstétriciens travaillant pour le ministère de la Santé, tous, sauf un, exercent dans la capitale Bujumbura.

Inconscients des signes de danger, la plupart des gens ne recherchent une aide médicale que lorsqu'il est déjà trop tard. Les routes sont en mauvais état et les possibilités de transport sont limitées, mêmes pour celles qui peuvent payer le trajet jusqu'au centre de santé. Une fois arrivées, les femmes risquent de devoir attendre avant de recevoir le traitement approprié, à cause du manque de médicaments, de matériel médical et de personnel. Enfin, les soins prodigués sont généralement de piètre qualité.



BURUNDI



“ Je travaille pour MSF depuis un an et demi. Mon boulot d’ambulancier sauve des vies. Ce travail demande d’y mettre toute son énergie et toutes ses forces. Si une patiente est dans un état critique, il faut se dépêcher pour lui sauver la vie. Et les routes sont très mauvaises. Parfois, il me faut deux heures pour arriver jusqu’à la patiente, qui est déjà sur le point d’accoucher. Il y a deux semaines, nous sommes allés au centre de santé de Jimi Gbagbo. Dans l’ambulance, la patiente criait : « Oh monsieur le chauffeur, freinez ! Monsieur le chauffeur, freinez ! » Elle me tirait presque l’épaule pour que je freine tellement la route était cahoteuse et elle avait mal. Quand nous avons atteint l’hôpital, elle avait presque accouché dans le véhicule. ”

Foday Kpaka, 43 ans, ambulancier, Bo, Sierra Leone

# LE PANEL DE SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DE MSF AU BURUNDI ET EN SIERRA LEONE

En 2006, MSF a commencé à travailler dans le district de Kabezi, au Burundi, avec comme objectif principal de réduire la mortalité maternelle. Dans le district de Bo, en Sierra Leone, MSF dirige un hôpital depuis 2003. En 2008, une nouvelle maternité a été inaugurée. Dans ces deux régions, l'approche de MSF vise à relever deux défis majeurs :

- a) Le manque de structures médicales spécialement conçus pour les urgences obstétricales et les soins néonataux.
- b) Le mauvais accès géographique à ces services pour les femmes ayant une grossesse à complication.

Dans les deux districts, MSF a remédié à ces lacunes en créant une structure de référence centrale offrant des soins obstétricaux d'urgence ainsi qu'un service de transfert d'urgence en ambulance pour conduire les patientes des centres de santé périphériques à la structure de référence.

MSF et le personnel du ministère de la Santé dispensent des soins prénatals dans les centres de santé pour assurer le suivi des grossesses et détecter les complications. Les femmes ont également la possibilité de séjourner dans un foyer d'attente à côté du centre de santé afin d'être à proximité de l'infrastructure médicale au moment d'accoucher.

Lorsqu'une femme présentant (ou risquant de présenter) des complications liées à la grossesse/l'accouchement arrive au centre de santé, le personnel contacte directement l'hôpital par radio. Une ambulance est alors envoyée sur place (avec un infirmier qualifié) pour aller chercher la patiente. À l'hôpital, la patiente et son bébé reçoivent une série de soins obstétricaux et néonataux d'urgence :

- Administration d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsivants
- Retrait manuel du placenta
- Retrait des tissus restants à la suite d'un avortement
- Accouchement par voie basse assisté, de préférence avec ventouse obstétricale
- Soins au nouveau-né, y compris réanimation néonatale
- Chirurgie (césarienne, hystérectomie, laparotomie)
- Transfusion sanguine sécurisée
- Soins aux nouveau-nés malades ou de poids faible

Le service d'ambulance et l'ensemble des soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont proposés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et ce gratuitement. Ni à Bo ni à Kabezi, il n'y a d'autre structure que celles de MSF offrant des soins obstétricaux d'urgence complets, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

“ L'ambulance de MSF est venue me chercher la veille au centre de santé de Gatumba. On m'a dit que le bébé était mal positionné et que je ne pourrais pas accoucher normalement. Il fallait faire une césarienne. C'était mon premier bébé. Je n'avais pas peur, je voulais juste voir mon bébé. Je suis consciente qu'il aurait pu y avoir de nombreuses complications pour moi-même et l'enfant. Je connais des femmes qui sont mortes en couches parce qu'elles n'ont pas reçu d'aide comme moi. Aujourd'hui, je suis très heureuse. ”

Mateso Emilienne,  
25 ans, mère de famille, Kabezi, Burundi

# RÉSULTATS

Les recherches opérationnelles menées dans les projets de MSF à Kabezi (Burundi)<sup>3</sup> et à Bo (Sierra Leone) constituent une première tentative visant à quantifier de manière précise l'impact sur la mortalité maternelle d'une amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence dans le contexte africain.

L'impact de l'intervention de MSF a été modélisé par l'estimation du nombre de décès évités parmi les femmes transférées et traitées dans un établissement de soins obstétricaux d'urgence de MSF dans un état de « morbidité maternelle sévère aiguë » (en anglais, SAMM, pour severe acute maternal morbidity). Autrement dit, « une femme enceinte ou ayant récemment accouché, très malade, serait décédée si la chance et des soins de qualité n'avaient pas été de son côté ».<sup>4</sup>

Sont considérés comme des cas de SAMM les femmes admises dans un hôpital spécialisé de MSF pour l'une des raisons suivantes :

- travail prolongé et/ou dystocique (> 12 heures) ;
- avortement compliqué (spontané ou provoqué) ;
- pré-éclampsie/éclampsie ;
- hémorragie ante-partum ou post-partum ;
- rupture utérine ;
- bébé mort in utero et contractions utérines durant > 48 heures ;
- septicémie ;
- paludisme sévère ;
- grossesse extra-utérine ;
- anémie sévère à l'admission ;
- hystérectomie d'urgence pour quelque raison que ce soit ;
- césarienne nécessaire en raison de l'élévation excessive de l'utérus ou d'une présentation anormale du bébé.

Sur la base des données existantes, il a été estimé qu'en l'absence de l'intervention de MSF, 7,5 à 13,2 % des femmes en état de SAMM seraient décédées<sup>5</sup>. Le taux de mortalité maternelle attendu dans les districts a également pu être calculé à partir de ce chiffre de décès maternels évités grâce à l'intervention de MSF.



“ J'ai déjà été enceinte trois fois. J'ai un enfant en vie, et un premier qui est mort. J'étais triste et découragée quand j'ai perdu mon bébé. C'était ma première grossesse. Il m'a fallu dix ans avant de retomber enceinte. Les gens disaient que je ne pouvais pas avoir d'enfants. Ils se moquaient de moi.

La semaine passée, dans mon village de Lower Sama, j'ai commencé à avoir des contractions. Je me suis rendue au centre de santé du Sumbuya, mais les infirmiers n'étaient pas en mesure de me faire accoucher. Ils ont alors appelé une ambulance. Comme je ne pouvais pas accoucher normalement, les médecins m'ont fait une césarienne. Aujourd'hui, je suis heureuse et le bébé va bien. Je reçois des médicaments et de la nourriture gratuitement. ”

Nyema Fodey,  
40 ans, mère de famille, Bo, Sierra Leone

<sup>3</sup> Tayler-Smith K, Zachariah R, Manzi M et al (2012), Achieving the Millennium Development Goal of reducing maternal mortality in rural Africa: An experience from Burundi. *Tropical Medicine & International Health*, doi:

<sup>4</sup> Mantel G, Buchman E, Reese H, Pattinson RC (1998). Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition of a near-miss. *Br J Obstet Gynaecol* 105:985-90

Pruel A, Bouvier-Colle M-H, De Bernis L, Bréart G (2000). Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull World Health Organ.* 78: 593-602.

Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics (2007). *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:145-50.

<sup>5</sup> Fournier P, Dumont A, Tourigny C, Dunkley G & Dramé S (2009). Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bull World Health Organ* 87:30-38



© Sarah Elliott - Burundi

## SIERRA LEONE

Population dans le district de Bo :  
596,366

Total des cas obstétricaux traités par MSF en 2011  
parmi les femmes du district de Bo :  
2,262

Total des cas obstétricaux avec une morbidité  
maternelle sévère aiguë (SAMM) :  
1874

Taux de mortalité maternelle national :  
890 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité maternelle estimé dans le district  
de Bo en conséquence du programme de MSF :  
351 pour 100 000 naissances vivantes

Réduction estimée de la mortalité  
maternelle dans le district de Bo  
liée au programme de MSF :

**61%**

## BURUNDI

Population dans le district de Kabezi :  
198,000

Total des cas obstétricaux traités par MSF en 2011  
parmi les femmes du district de Kabezi :  
1,385

Total des cas obstétricaux avec une morbidité  
maternelle sévère aiguë (SAMM) :  
765

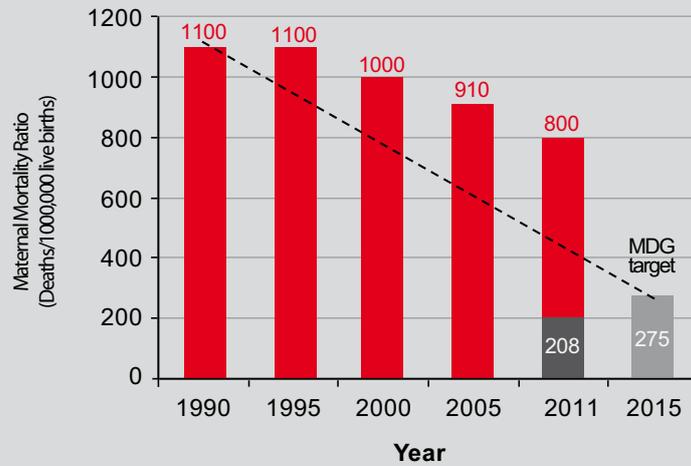
Taux de mortalité maternelle national :  
800 per 100,000 naissances vivantes

Taux de mortalité maternelle estimé dans le district  
de Kabezi en conséquence du programme de MSF :  
208 pour 100 000 naissances vivantes

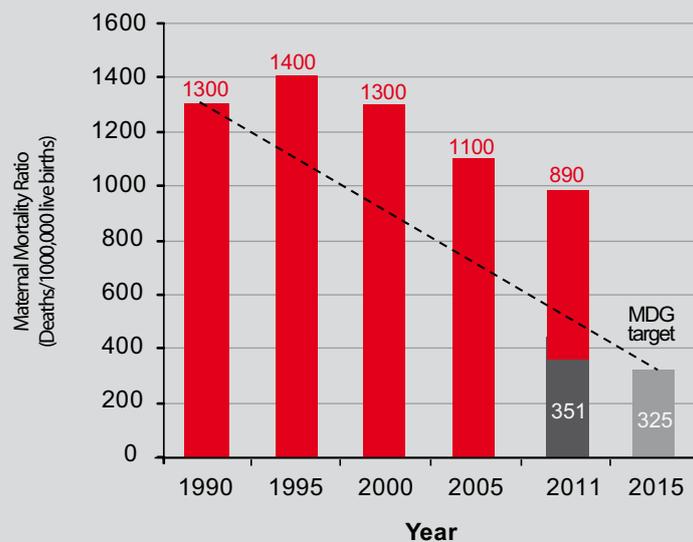
Réduction estimée de la mortalité  
maternelle dans le district de  
Kabezi liée au programme de MSF :

**74%**

Taux de mortalité maternelle (décès/100 000 naissances vivantes) Année au Burundi



Taux de mortalité maternelle (décès/100 000 naissances vivantes) Année au Sierra Leone



- Desired national progress toward the MDG target
- Trend in Maternal Mortality Ratio - 1990-2011
- Estimated maternal mortality ratio in Bo/Kabezi district - 2011
- MDG Target for 2015

L'un des objectifs du Millénaire pour le développement est de réduire la mortalité maternelle de 75 % d'ici 2015 (par rapport aux taux de 1990). Dans le district de Kabezi, le taux de mortalité maternelle est déjà passé sous le seuil souhaité pour 2015. Le graphique pour le district de Bo montre que MSF est en bonne voie pour atteindre une telle réduction.

Les frais de fonctionnement annuels des activités de santé maternelle de MSF s'élevaient à environ 0,9 million d'euros dans le district de Bo et à environ 2 millions d'euros dans le district de Kabezi. Cela revient à 1,5 euro par habitant et par an à Bo et à 3,2 euros par habitant et par an à Kabezi. Même s'il s'agit là d'une estimation simplifiée, elle reflète bien le rapport coût/bénéfice de cette stratégie pour la population.



“ J’ai déjà été enceinte six fois. Mon deuxième enfant est mort à l’âge de deux ans des suites d’une maladie. C’est ma troisième césarienne. Ma deuxième césarienne a aussi eu lieu ici, à l’hôpital de MSF. Dans le passé, les femmes accouchaient à domicile. Aujourd’hui, je ne connais plus personne qui accouche chez soi. Entre femmes, nous nous conseillons d’aller à la clinique ou au centre de santé pour accoucher. Mon premier et mon deuxième enfant sont nés à la maison, parce que c’était la guerre civile et qu’à l’époque, il était trop dangereux de voyager. Une sage-femme traditionnelle du village m’a aidée. Maintenant, la paix est revenue et j’ai pu aller au centre de santé pour donner naissance à mon sixième enfant. ”

Odette Banyicandabazi, 32 ans, mère de famille, Kabezi, Burundi

# CONCLUSION



L'analyse de MSF montre qu'en introduisant des soins obstétricaux d'urgence et un système de transfert, MSF est parvenue à réduire rapidement et significativement le taux de mortalité maternelle dans les zones desservies par les projets au Burundi et en Sierra Leone.

Ces résultats très encourageants ne requièrent pas d'investissements importants. ni de services à la pointe du progrès.

La mortalité maternelle reste un problème majeur dans de nombreux pays. Pourtant, les efforts pour y remédier sont souvent mal orientés. Fréquemment, on suppose qu'améliorer les soins obstétricaux est trop onéreux. L'expérience de MSF montre que ce n'est pas forcément vrai.

Dans les pays où le taux de mortalité maternelle est élevé, il est impératif de faire de la santé maternelle une priorité. Il faut investir dans des stratégies qui permettent aux femmes d'accéder à temps à des soins obstétricaux d'urgence de qualité.

Le modèle de soins obstétricaux d'urgence que MSF a déployé en Sierra Leone et au Burundi a déjà évité à un grand nombre de mères de mourir de complications liées à leur grossesse. L'expérience positive de MSF dans ces pays doit encourager les bailleurs de fonds, les gouvernements et les autres ONG : dans des pays où la mortalité maternelle est élevée et où l'accès aux services obstétricaux d'urgence est limité, investir dans un système de transfert fonctionnel et efficace et dans des soins obstétricaux disponibles 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 porte ses fruits.

