

LA PROBLÉMATIQUE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE AU CONGO : ANALYSE ET ASPECTS JURIDIQUES

Par

Maître Hygin Didace AMBOULOU

Notaire et chargé de cours à l'ENAM de Brazzaville

RÉSUMÉ

Au Congo, la nécessité d'un cadre juridique protecteur de la femme enceinte est une préoccupation. En effet, le risque que court une femme de mourir ou de devenir invalide durant la grossesse et l'accouchement est en rapport étroit avec son statut social et économique, les normes et valeurs de la culture à laquelle elle appartient et le fait de résider dans un lieu géographique reculé. De manière générale, plus une femme est pauvre et marginalisée, plus son risque de mourir est grand. En fait, les taux de mortalité maternelle reflètent les inégalités entre pays riches et pays pauvres dont fait partie le Congo, plus qu'aucune autre mesure d'ordre sanitaire. Ici, le risque d'une femme, calculé sur la durée de vie, de mourir du fait de la grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 39 contre 1 sur 4 700 dans les pays développés.

Mots-clés : *Les défis actuels du secteur de la santé, soins de santé maternels, capacité de gestion, prise en charge, vaccination, politique sanitaire, maternité, grossesse, risque, hôpitaux, urgences, traitement, formuler, renforcer, vulgariser, stratégies, financement, équité dans l'accès, action humanitaire, excès de morbidité, mortalité, programmes multisectoriels, lutte contre la maladie, facteurs déterminants.*

SUMMARY

In Congo, the need for a protective legal framework for pregnant women is a concern. A woman's risk of dying or becoming disabled during pregnancy and childbirth is closely related to her social and economic status, the norms and values of the culture to which she belongs, and her residence in a remote geographical location. In general, the poorer and more marginalized a woman is, the greater her risk of dying. In fact, maternal mortality rates reflect the inequalities between rich and poor countries, of which Congo is one, more than any other health measure. Here, a woman's lifetime risk of dying from pregnancy or childbirth is 1 in 39 compared to 1 in 4,700 in developed countries.

Keywords: *Current health sector challenges, maternal health care, Management capacity, care, immunization, health policy, maternity, pregnancy, risk, hospitals, emergencies, treatment, formulate, strengthen, popularize, strategies, financing, equity in access, humanitarian action, excess morbidity, mortality, multisectoral programs, disease control, determinants*

INTRODUCTION

Cette étude est faite dans un contexte d'absence de données statistiques à jour sur la mortalité maternelle en milieu sanitaire. Néanmoins, les informations fournies sont susceptibles d'être actualisées grâce aux indicateurs démographiques et de santé dont la source la plus récente demeure encore le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1984. Ces informations, pour bien cerner les enjeux de la question, couvrent des domaines aussi variés que les risques sanitaires des femmes enceintes, l'attitude et la pratique en matière de planification familiale et de connaissance des maladies sexuellement transmissibles dont particulièrement le VIH/SIDA, l'insuffisance et le mauvais état des structures sanitaires, le problème récurrent de la négligence, du mauvais suivi déontologique par les personnels de santé constituent une source de données aux utilisateurs multiples tant pour les autorités politiques et administratives que pour les partenaires au développement et les chercheurs. C'est une étude, parmi tant d'autres, dont les objectifs cadrent parfaitement avec les besoins en informations, fournies aux décideurs, aux planificateurs et aux organismes d'aide au développement. Certes, ces informations sont insuffisantes, mais elles sont susceptibles de les orienter dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes visant un développement social et économique durable.

Au Congo, la difficulté de réduire la mortalité maternelle est particulièrement liée à la complexité de ce phénomène. Ce qui implique une action systématique. Cette action peut être envisagée avec efficacité en intégrant, en contextualisant les interventions qui ont fait leur preuve face aux causes de la mortalité maternelle. Au-delà des causes médicales, directes et indirectes, figurent des circonstances et des contextes dans lesquelles surviennent des décès maternels. Ces circonstances et ces contextes sont :

- Le manque de suivi et de prise en charge d'urgence
- Le retard dans la prestation pour des raisons d'insuffisance d'équipements de qualité et de personnels
- L'arrivée tardive dans l'établissement de soins.

I. L'ÉTAT DE LA QUESTION

La mortalité maternelle est constituée des décès liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites¹. Partout, c'est le domaine de la Santé où l'on note les écarts les plus importants entre pays de la région pour fixer les indices

¹ Elizabeth Ransom et Nancy Yinger, *Pour une maternité sans risques : comment éliminer les obstacles aux soins* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2002), Liu L., Oza S., Hogan D., Chu Y., Perin J., Zhu J., Lawn J. E., Cousens S., Mathers C., et Black R. E, 2016, Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15 : an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals, *Lancet*, 388: 3027-3035.

de développement et de l'émergence. Les causes de ces décès sont connues et identifiées². Il s'agit essentiellement du dépistage tardif des complications de la grossesse, de l'arrivée tardive au centre de santé pour accoucher, de l'administration tardive des soins appropriés, de l'incivisme et de la négligence blâmable de certains personnels de santé³.

Ces décès pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins prénatals durant la grossesse, aux soins d'urgence en cas de complications et si les accouchements étaient effectués en établissements sanitaires et assistés par une personne qualifiée⁴.

1.1 Connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles

En effet, le niveau de connaissance qu'une population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Ainsi, au Congo, la connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le VIH/SIDA. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non-infecté permettent d'éviter de contracter le VIH. A ces deux moyens efficaces, s'ajoute l'abstinence⁵.

1.1.1. Les enjeux et la prise en main des femmes enceintes

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales peut prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement. Au Congo, en effet, la question du suivi des femmes enceintes est une question de culture⁶. Elle est une caractéristique sociodémographique. Elle dépend du niveau

² Centre national de la statistique et des études économiques (CNSEE) Congo, 1998, Recensement général de la population et de l'habitat, 1996, Vol. I, Analyse des résultats provisoires, Brazzaville, Congo, Ministère de la Programmation, de la Privatisation et de la Promotion de l'entreprise privée nationale (MPPPEPN).

³ Delpuch F., 1991, *Indices et indicateurs anthropométriques : choix, interprétation, présentation et utilisation. Dans Atelier sur la surveillance nutritionnelle en Afrique de l'Ouest. Méthodes des enquêtes nutritionnelles*. Documents de travail. Dakar, Sénégal. ORANA, ORSTOM et OMS

⁴ Centre national de la statistique et des études économiques (CNSEE) Congo, 1992, Recensement général de la population et de l'habitat, 1984, Vol. IV, Analyse des résultats définitifs, Brazzaville, Congo, Ministère des Finances, du Plan et de l'Economie (MFPE). Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda : priorities for the next decade*, rapport des consultations techniques sur la maternité sans risques (New York : Family Care International, 1998) : 37.

⁵ De Mayeyer E. et al. 1989, *Prevention and controlling iron deficiency anemia through primary health care : A guide for health administrators and program managers*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

⁶ Les soins fournis avant la naissance établissent un lien crucial entre les femmes et le système de santé, tout en fournissant divers services médicaux essentiels aux futures mamans. Les soins prénatals permettent de détecter et de traiter toute condition chronique telle que l'anémie et l'hypertension, de fournir des conseils en matière de nutrition pendant la grossesse et d'aider les familles à se préparer pour l'accouchement.

d'instruction du ménage⁷. Car il est constant que pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité, jusqu'à l'accouchement⁸.

1.1.2. Les types de soins recommandés et la vaccination

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement du type d'examen effectués pendant les consultations, mais aussi des conseils qui sont prodigués aux femmes. Le tétanos néonatal est une cause importante de décès des femmes en couche⁹. L'injection antitétanique faite à la femme enceinte permet non seulement de la protéger, mais aussi de protéger l'enfant contre cette maladie¹⁰. Mais pour, une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin pendant la grossesse.

1.2. Le lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement le mieux indiqué est un établissement de santé, principalement dans le secteur public. L'accouchement à domicile est un facteur de risque aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

⁷ Les femmes ont le plus besoin de soins qualifiés pendant l'accouchement et la période post-partum immédiate, pendant laquelle environ les trois quarts des décès maternels se produisent. Ces soins qualifiés signifient que le personnel médical peut faire face aux accouchements normaux et traiter toute complication de la grossesse ou de l'accouchement qui menace la vie de la mère. L'OMS, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont identifié les soins qualifiés au moment de l'accouchement comme l'une des interventions les plus critiques pour prévenir les décès maternels. Avec le soutien de systèmes de santé et de transport efficaces, ces professionnels peuvent réduire la mortalité maternelle en offrant un environnement hygiénique et en procédant au traitement et à la stabilisation des femmes lorsque surviennent des complications.

⁸ La sécurité de la maternité peut être améliorée par des systèmes de santé susceptibles de faire face aux complications sérieuses et délétères de la grossesse et de l'accouchement dès qu'elles se présentent. Ceci exige des interventions ciblées pour améliorer la santé et le bien-être des femmes à chaque étape de la maternité : pendant la grossesse, pendant l'accouchement et en période post-partum.

Alors que, dans les pays développés, la grossesse est une condition normale et saine pour les femmes en âge d'avoir des enfants, pour les femmes du monde en développement chaque grossesse représente un risque de décès et d'invalidité. Dans les pays en développement, les complications susceptibles de se produire avant, pendant et après l'accouchement sont souvent fatales.

⁹ Prata N, Passano P, Sreenivas A, Gerds CE. *Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions*. *Women's health*. 2010 Mar; 6(2):311-27. doi: 10.2217/whe.10.8, PMID: 20187734

¹⁰ L'on considère comme un décès maternel tout décès survenant pendant la grossesse ou l'accouchement, ou pendant les deux mois suivant l'accouchement ou l'interruption de la grossesse

1.2.1. Les préférences en matière de fécondité

Les questions sur les préférences en matière de fécondité ont pour objet d'évaluer les efforts accomplis par les couples dans le contrôle de leur fécondité et de mesurer leurs besoins futurs en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances¹¹. Ces préoccupations sont relatives au nombre idéal d'enfants, au désir ou non de la femme d'avoir des enfants supplémentaires, au délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant, enfin, à la planification des naissances récentes.

1.2.2. L'état nutritionnel de la femme enceinte

L'état nutritionnel de la femme enceinte est un déterminant du bon déroulement de la grossesse ainsi que de son issue¹². Par conséquent, il est aussi un déterminant de la mortalité maternelle¹³. Il influence aussi la morbidité et la mortalité des jeunes enfants¹⁴. L'état nutritionnel de la femme enceinte est conditionné, à la fois, par la balance énergétique, son état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance¹⁵. Il existe donc une relation étroite entre, d'une part, le niveau de fécondité et de mortalité et, d'autre part, l'état nutritionnel de la femme enceinte¹⁶. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel de la femme enceinte est particulièrement utile pour prévenir les risques de mortalité maternelle¹⁷.

¹¹ Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M., Chou D., Moiler A.B., Narwal R., Adler A., Garcia C. V., Rhodes S., Say L. et Lawn JE, 2012, *National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis* - Sous presse. Entrepris pour l'Organisation mondiale de la Santé.

¹² Centre national de la statistique et des études économiques (CNSEE) Congo, 1992, *Recensement général de la population et de l'habitat*, 1984, Vol. IV. Analyse des résultats définitifs, Brazzaville, Congo, Ministère des Finances, du Plan et de l'Economie (MFPE), NIS, Direction générale de la Santé [Cambodge] et ORC Macro, CDHS 2000 : 139. OMS, *Maternal mortality in 1995*.

¹³ Ministère de la Santé et de la Population (MSP), Congo, 2005, Plan national de développement sanitaire (PNDS), 2000-2005, Brazzaville, Congo, Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Maternal mortality in 1995 : estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Genève : OMS, 2001).

¹⁴ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, et al. Trends in maternal mortality, 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank estimates, and the United Nations Population Division [Internet]. 2014 (consulté le 15 juillet 2020)

¹⁵ Song P., Theodoratou E., Li X., Liu L., Chu Y., Black Robert E., Campbell H., Rudan I., Yee Chan K., 2015, Causes of death in children younger than five years in China in 2015: an updated analysis, *J Glob Health*; 6(2): 020802

¹⁶ Direction générale de la Statistique et des Etudes économiques (DGSEE), Gabon et ORC Macro 2001, Enquête démographique et de santé du Gabon, 2000. Calverton, Maryland : Direction générale de la Statistique et des études économiques, UNP/Poverty thematic Group of the World Bank, Washington. D.C. : The World Bank.

¹⁷ Institut national de la Statistique (INS) (Cameroun) et ORC Macro-2004, *Enquête démographique et de Santé du Cameroun 2004*, Calverton, Maryland) USA. INS et ORC Macro

II. LES CAUSES ET SOLUTIONS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les principales complications¹⁸, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes:

2.1. Les causes

2.1.1. Les causes obstétricales directes

D'une manière générale, on compte :

- l'hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement);
- l'infection (habituellement après l'accouchement);
- l'hypertension durant la grossesse (prééclampsie et éclampsie);
- les complications dues à l'accouchement;
- l'embolie ;
- l'hématome retro placentaire ;
- l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

2.1.2. Les causes obstétricales indirectes et sociales

Les autres causes de complications sont des causes indirectes¹⁹, elles sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse²⁰. De manière générale, ces causes expliquent pourquoi les femmes ne bénéficient pas des soins dont elles ont besoin. Ce sont :

- le paludisme
- la cardiopathie
- la tuberculose
- la pauvreté;
- la distance;
- le manque d'informations;
- l'inadéquation des services;
- les pratiques culturelles.

Les hémorragies graves et les infections après l'accouchement sont les plus meurtrières, mais l'hypertension, l'arrêt du travail et les avortements dangereux y contribuent également.

¹⁸ Adiko F. A., Nindjin C., Yao L. Y., 2018, *Normes alimentaires et sanitaires appliquées aux nouvelles accouchées chez les Akan en milieu rural ivoirien*, Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, 2018 [Mis en ligne le 19 Janvier 2019], consulté le 21 juillet 2020.

¹⁹ Locoh T., *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain*. Travaux et documents de l'INED. Cahier n° 107, Paris, PUF, 1984.

²⁰ OMS, 2017, Normes de notification relatives au Programme pour la santé sexuelle, reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Organisation Mondiale de la Santé (OMS/MCA/17.11), Genève. Licence : CC BYNC-SA 3.0 IGO.

2.2. Les perspectives

Au regard de ce qui précède, trois enjeux se révèlent importants :

1) *Améliorer la pratique médicale dans les formations sanitaires*. Elle consiste à :

- identifier les cas ;
- collecter les informations ;
- Analyser les résultats ;
- élaborer des recommandations ;
- Mettre en œuvre et évaluer les mesures recommandées.

2) *Améliorer la filière santé*. Il s'agit d'une organisation des services qui consiste à la mise à disposition du téléphone, de la radio, des véhicules de transport²¹. Il s'agit aussi de réduire la barrière tarifaire et améliorer le protocole de soins²².

3) *Améliorer l'utilisation des services de santé*. Ce travail vise la formation qualifiante des personnels de santé et à créer des relais communautaires, accoucheuses, infirmières obstétriciennes ou sages-femmes²³. Il cible les soins maternels pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum²⁴. En définitive, il s'agit de coordonner les interventions dans le but de réduire le délai des consultations, le coût des transports des patientes vers les structures sanitaires adaptées²⁵. Il s'agit aussi de créer les conditions d'une bonne prise en charge dans les formations sanitaires²⁶.

²¹ Seguin M. and Niño-Zarazúa M., *Non-clinical interventions for acute respiratory infections and diarrhoeal diseases among young children in developing countries*, *Tropical Medicine and International Health*, volume 20 n°2, 2015, pp. 146-169.

²² UNFPA, *L'État de la population mondiale 2013. La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*, UNFPA, New York, 2013.

²³ UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale*, UNICEF, New York, 2008.

²⁴ La maternité est une période qui devrait être faite d'anticipation et de bonheur pour une femme, sa famille et sa communauté. Cependant, pour un grand nombre de femmes, c'est une période de risque et de danger.

²⁵ Ymba M., *Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : le cas de la ville d'Abidjan - Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat, Université de Artois (France), 2013.

²⁶ Sale L et al.. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. *Lancet*, vol. 2; June 2014.

CONCLUSION

Cette étude a eu pour objectif d'identifier les facteurs explicatifs des décès maternels en milieu hospitalier, et leurs solutions envisageables au Congo. La première cause est, bien évidemment les hémorragies, qu'il s'agisse des hémorragies post-partum ou pré-partum. Ces causes, associées aux éclampsies et aux infections, constituent près de 80% de décès maternels. D'une manière générale, il est à noter que les processus de soins de référence se sont souvent avérés insuffisants et inadéquats. A cela s'ajoute la non-disponibilité des équipements fonctionnels, des médicaments et du sang pour la transfusion sanguine. Le retard de décisions thérapeutiques et de prestations couplé à un faible savoir-agir et au manque de mobilisation pertinente de ressources financières et humaines, le dysfonctionnement des structures sanitaires, le manque d'anticipation des politiques de santé, le manque d'interaction entre les membres des équipes de soins, les lacunes accusées dans l'identification et la résolution des problèmes, les compétences limitées des prestataires et des personnels, le manque de culture en management clinique des urgences sont autant de problèmes auxquels les solutions pourraient résorber le déséquilibre du fonctionnement des structures de soins et limiter la mortalité maternelle.