

OMD5 et mortalité maternelle: confluence et sommation croisées de toutes les inégalités »

OUCHTATI Mohamed
ouchtatimoh@yahoo.fr
ALGÉRIE

La mortalité maternelle est un indicateur de la confluence et de la sommation des inégalités sociales qui intéressent la femme. Ils concourent à la transformation d'un événement naturel et heureux en un drame, personnel en premier lieu, puis social par ses répercussions périnatales et familiales. L'amélioration de l'état de santé de la femme en âge de procréation est tributaire de plusieurs OMD et particulièrement ceux qui ont un impact démographique. La mortalité maternelle est très intimement corrélée à la pauvreté, le graphe suivant le démontre sans ambiguïté et permet d'identifier les régions les plus défavorisées (fig1).

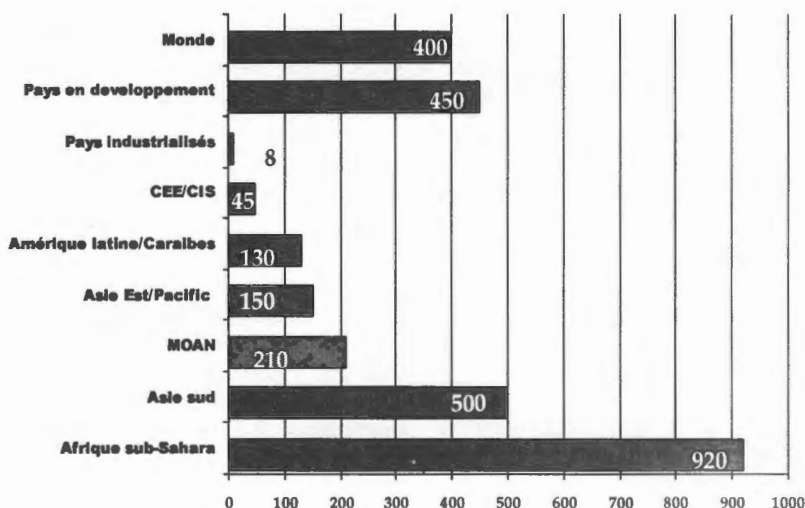


Figure 1. Taux de mortalité maternelle dans le monde (TMM) (selon1).

Chaque année plus d'un demi-million de femmes meurent au cours de la grossesse et des suites de l'accouchement. Pour chaque décès enregistré 30 à 100 femmes souffrent d'affections aiguës, 10 millions de femmes présentent un handicap. L'enfant n'est pas épargné 10,6 millions d'enfants perdent la vie, 40% décèdent au 1^{er} mois.

Les femmes des pays en voie de développement payent le lourd tribut, le risque moyen de mourir de complications de grossesse ou d'accouchement est multiplié par 300 par rapport aux femmes des pays nantis, « **aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l'inégalité** » déclare l'UNICEF [Tab1]

Tableau 1: Risque de décès maternel sur la vie entière par région (2005).

Régions	Risque de décès
Afrique sub-saharienne	1 parturiente sur 22
Moyen orient- Maghreb	1 parturiente sur 140
Monde	1 parturiente sur 92
Pays industrialisés	1 parturiente sur 8000

Au niveau de la région Moyen Orient Maghreb, la situation s'est améliorée pour tous les pays mais les objectifs de l'OMD5 seraient difficiles à valider pour l'Algérie, le Maroc, l'Irak et la Syrie qui, au rythme actuel, pourraient ne pas atteindre les objectifs de l'OMD5 [1]

Au Maghreb, la Tunisie est la plus proche de cet objectif, le TMM est de 30 pour 100000 naissances vivantes [2-3]. Le Maroc accuse la mortalité maternelle la plus élevée avec une moyenne de 227 décès pour 100000 naissances vivantes qui varie de 187 en milieu urbain à 267 en milieu rural. Un taux qui reflète l'inadéquation des structures d'accueil et des personnels compétents pouvant assister les parturientes en zones rurales ou enclavées.

L'Algérie cumule un TMM de 92,6 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2006 malgré le fait que 95,3% des accouchements se déroulent en milieu assisté. Les décès maternels constituent 10% de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les disparités, retrouvées à l'échelle planétaire, se retrouvent à sein du pays, le TMM est de 130 à Adrar (Sud algérien), de 30 à Alger et de 23 pour 100 000 naissances vivantes à Annaba. La multiplication du risque est de 4,5 pour l'enclave du Sud. La Banque mondiale prédit qu' "À l'exception de la mortalité maternelle, l'Algérie devrait atteindre tous les objectifs de développement pour le millénaire (ODM)"

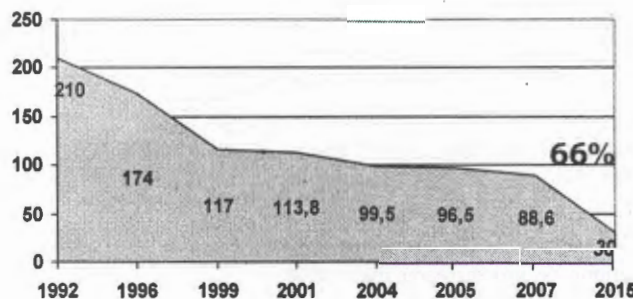


Figure 1: Evolution du TMM en Algérie

Les décès surviennent dans 55% des cas à l'hôpital et dans 57.3% lors des évacuations, La cause immédiate de ces décès est en rapport avec la qualité de la prise en charge de la parturiente au lieu d'accouchement [4]. Les causes sont similaires à ceux recensées par l'OMS [5], il s'agit:

- L'HTA (18.4% pré-partum et 13,4% post-partum).
- Les hémorragies (16.6%).
- Les septicémies puerpérales (14.1%).
- Les cardiopathies (13%)
- Et les dystocies (12.2%).

Le suivi prénatal n'est pas réalisé chez 21,6% des parturientes des zones enclavées, l'absence de ce suivi n'est que de 1,3% à Alger. La majorité des consultations (76.4%) est réalisée par un médecin généraliste dont les qualifications en obstétrique ne sont pas forcément optimales [6].

Le taux d'accouchements sans assistance qualifiée est de 14,7% au Sud du pays et de 0% à Alger. Les $\frac{3}{4}$ des accouchements sont assistés par une sage-femme ou une infirmière, les médecins arrivent en seconde position (17,2%).

Le recours à une consultation en post-partum est de 36.5% en milieu urbain contre 23.9% en zone rurale, il est à noter que cette période est très dangereuse du fait d'un relâchement de la vigilance.

L'Algérie est des rares pays africains qui ont atteint ou dépassé les 34 dollars de dépenses de santé par tête d'habitant. Elle se caractérise aussi par la disponibilité des personnels de santé, le ratio pour 10.000 habitants est de 1,13 pour les médecins, 1,99 pour les infirmiers et 0,24 pour les sages - femmes. La norme OMS est un ratio 2,5 professionnels de santé pour 10.000 habitants. L'accès aux soins est facilité, ses éléments favorables devraient engendrer de meilleurs résultats [1-6-7]

Cet état du lieu a permis d'évaluer les actions investies par les différents pays dans la validation de l'OMD5 et les orientations des organismes internationaux. Le capital « données » engrangé a permis aux équipes du laboratoire de recherche Qualité Santé Algérie (Université Mentouri de Constantine) :

1. l'identification des différents indicateurs qui ont une corrélation étroite avec le TMM ;
2. une évaluation basée sur une lecture territoriale qui permet une cartographie des zones à forte vulnérabilité, trappes à risques, où des actions minimales ciblées peuvent entraîner des gains substantiels et favoriser la validation des objectifs de l'OMD5 et en partie ceux de l'OMD 4.

L'analyse territoriale, que nous proposons, est une approche évaluative, elle s'appuie sur de critères pertinents qui permettent d'identifier, au niveau d'un pays ou d'une région, les enclaves à fortes vulnérabilité et d'établir les liens de causalité entre le TMM et les facteurs déterminants. La technique, qui s'apparente à l'audit, se base sur des grilles d'évaluation qui permettent la diagnostic des dysfonctions et l'adoption d'une stratégie corrective basée sur des actions ciblées et à délimitation spatiales et temporelles précises. [8].

La même grille permet, à terme, d'évaluer les actions entreprises, il s'agit d'une démarche qualité adaptée à la résolution des problèmes de santé à l'échelle communautaire. Les critères utilisés sont de natures diverses : personnels (parturientes), accès aux soins, qualification des personnels et réseaux organisés de prise en charge (Tableau 2).

Enclave :		
	Urbaine ou rurale	
	Isolée ou accessible	
	Logement précaire (bidonville)	
Existence de programme		
	National	
	et/ou local (**)	
	Service de planning familial	
	Information et Sensibilisation (carnet gestante)	
Niveau d'instruction (accès)		
Mariage à un âge jeune (âge moyen de mariage)		
Fertilité au niveau de l'enclave		
Taux de natalité		
Pourcentage de grossesse planifié		
La proportion d'accouchements en présence de personnel de santé qualifié		
Consultation prénatale		
Consultation postnatale		
Proximité ou d'infrastructures médicales adéquates		
	Ratio gynécologue /10000 habitants	
	Ratio sage femme	
	Ration médecin généraliste qualifié	
	Qualifications des intervenants	
	Moyens d'assistance urgente	
	Possibilité de transfusion rapide sur les lieux	
	Transport sanitaire efficace	
	Prise en charge urgente (distance et délai)	
Système d'information (SIM) (collecte données)		
Relation SIM, Etat civil et collectivité		
Implication de la communauté		

Tableau 2 : Grille d'évaluation d'une vulnérabilité territoriale

L'utilisation de cette approche qualité et évaluation de la vulnérabilité territoriale permet une localisation précise des zones démunies et l'identification des principaux déterminants dont la correction peut générer des gains substantiels. Une sage - femme qualifiée et agissant en proximité peut réduire significativement le TMM par une captation des parturientes si elle est dans un réseau et dispose d'un transport efficace.

En complément à la prise en charge sanitaire, l'approche démarche qualité intègre les actions multisectorielles, en partant de l'éducation de la jeune fille puis de la jeune femme puis de son entourage pour arriver enfin à l'OMD5.

L'approche peut se généraliser à un espace plus large et un être le support de solidarité et de partage des compétences avec les pays à risque et au sein d'un même pays et avec les « trappes de vulnérabilité ». La sage-femme et le médecin généraliste sont la pierre angulaire de ce défi qui être assumé par une formation à la santé communautaire, à la captation parturientes et à la gestion des différentes situations.

Les résultats attendus sont la création de réseaux aptes à soutenir les efforts de proximité nécessaires à la réalisation des objectifs du millénaire. Ils permettront un passage de la santé des personnes à la santé des populations et de dépasser l'OMD5 pour avoir un regard croisé sur les autres OMD et ce, par quête d'équité.

1- UNICEF rapport 2009 (objectifs du millénaire pour le développement

2- Jacques Charmes L'adaptation des Objectifs du Millénaire pour le Développement au contexte national : Vers des OMD-Plus pour la Tunisie Mai 2006 Juillet 2006

3-Mohamed HADDAR Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et le Maghreb

4. Enquête INSP : mortalité maternelle 1999 Algérie

5. Khan, Khalid S., et al., 2006 « WHO Analysis of Causes of Maternal Deaths: A Systematic Review », The Lancet, vol. 367, no. 9516, avril 2006, pp. 1066-1074

6. Enquête à Indicateurs Multiples, MICS3, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière office National des Statistiques, 2006.

7. Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement Edité par le Gouvernement Algérien Juillet 2005. Algérie.

8. Ouchtati M. « Qualité des soins : méthodes et outils » Imp. SOTRIMP, 148 p, mai 2002, Constantine