

STRATEGIES DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Abdoulaye SEPOU

Eugène SERDOUMA

Narcisse Patrice KOMAS

Chrysostome GODY

Jean ABEYE

Boniface KOFFI

Jean Pierre BANGAMINGO

Gérard GRESENGUET

MESSAGES IMPORTANTS

Le Problème

- Mortalité maternelle est un grave problème de santé publique en RCA avec un taux de 1355 décès pour 100.000 naissances vivantes.
- Quatre principales difficultés sont à la base de ce problème :
 - Difficultés liées à l'accès aux soins
 - Difficultés liées à l'insuffisance et à la répartition inégale du personnel de santé
 - Difficultés liées à la prise en charge des urgences obstétricales et au système de référence
 - Difficultés liées à l'utilisation des services de santé
- La réduction de la mortalité maternelle peut utiliser un certain nombre de stratégies efficaces et réalisables en Centrafrique. Cependant, le manque d'un guide clair et explicite limite la mise en œuvre et la coordination de ces stratégies.

Les Options Politiques

Trois options politiques complémentaires ont été définies dans l'objectif de réduire la mortalité maternelle en Centrafrique:

- Renforcement des capacités nationales en matière de la santé de la reproduction :
 - Renforcement des ressources humaines dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence
 - Relèvement de plateau technique
- Renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales :
 - Prévention des grossesses non désirées
 - Prise en charge des urgences obstétricales
 - Sécurisation des produits de la santé de la reproduction
 - Audit des décès maternels
- Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle :
 - Développement des systèmes de financement alternatif aux soins
 - Amélioration du niveau des connaissances des communautés sur les urgences obstétricales et les avortements à risque
 - Promotion de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes
 - Amélioration des connaissances des décideurs sur les urgences obstétricales et les avortements à risque

Stratégies de mise en œuvre

La combinaison des stratégies de mise en œuvre est effective pour les trois (3) options choisies pour la réduction de la mortalité maternelle dont :

- Le renforcement des ressources humaines par des formations de courte durée destinées aux agents itinérants ainsi qu'aux matrones.
- Le développement des mesures incitatives pour amener les cadres à travailler dans les provinces
- L'incitation du gouvernement à augmenter le nombre des formations sanitaires
- La sensibilisation de la communauté pour la mise en place des mutuelles d'assurance
- L'intensification d'un partenariat technique et financier avec les partenaires au développement

LISTE DES ABREVIATIONS

COGES : Comité de Gestion ou Conseil de Gestion

FOSA : Formation Sanitaire

IEC/CCC : Information Education Communication /Communication pour un Changement de Comportement

MOMA : Mortalité Maternelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIB : Produit Intérieur Brut

RAC : Radio Autonome de Communication

RS : Région Sanitaire

SAA : soins après avortement

SPSR : Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction

SR : Santé de la Reproduction

TMM : Taux de Mortalité Maternelle

1. DESCRIPTION DU PROBLEME

1.1 Introduction

En République Centrafricaine, les indicateurs de santé maternelle et néonatale restent très préoccupants dans la mesure où le taux de décès maternel est passé de 683 pour 100.000 naissances vivantes en 1988 à 1.355 pour 100.000 naissances vivantes en 2003; ce qui correspond à 1 décès maternel toutes les 5 heures [1, 2].

Depuis la conférence internationale de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque, la communauté internationale a pris conscience de la gravité de la mortalité maternelle dans le monde et surtout dans les pays en développement. Les données concernant les pays en développement suggèrent que la mortalité maternelle demeure un véritable problème de santé publique [3]. Globalement jusqu'en 1994, environ 585.000 femmes mourraient tous les ans des complications de grossesse et d'accouchement, dont 99% dans les pays en voie de développement, pour 90% en Afrique Subsaharienne et en Asie [4, 5]. En 1995, le taux de mortalité maternelle (TMM) en Afrique rapporté par l'OMS variait entre 360 et 1.300 pour 100.000 naissances vivantes [6].

Dans les pays en voie de développement où le TMM est 100 fois plus élevé que celui des pays développés, plusieurs facteurs sont associés à cette mortalité maternelle : le manque d'équipements et de personnels de santé, le faible taux de services disponibles ainsi que leur faible accès aux patientes qui sont limitées par des contraintes financières [7, 8].

Lors du Sommet du millénaire en septembre 2000, les chefs d'Etats de la planète s'étaient fixés pour objectif de réduire de 75% la mortalité maternelle dans le monde d'ici 2015 [9]. A l'heure actuelle, le taux de mortalité maternelle avoisine encore 1.000 décès pour 100.000 naissances vivantes par an en Afrique [10] et continue à demeurer le plus élevé dans le monde.

Les TMM les plus élevés (plus de 1000 pour 100.000 naissances vivantes) sont retrouvés dans les pays ci-après, selon l'ordre décroissant : la Sierra Leone (2.000), l'Afghanistan (1.900), le Malawi (1.800), l'Angola (1.700), le Niger (1.600), la République Unie de Tanzanie (1500), le Rwanda (1400), la République Centrafricaine (1.300), le Mali (1.200), la Somalie, le Zimbabwe, le Tchad, la Guinée-Bissau (1.100 chacun), le Kenya, le Mozambique, le Burkina Faso, le Burundi, et la Mauritanie (1.000 chacun) [11].

L'objectif de ce travail est de décrire les problèmes qui hypothèquent la santé maternelle en République Centrafricaine et passer en revue les approches pouvant entraîner la réduction de cette mortalité en se basant sur les exemples d'autres pays en voie de développement qui ont, avec succès, abaissé le TMM.

En outre, ce travail se propose d'utiliser les stratégies potentiellement réalisables - les plus efficaces possibles - qui pourraient atténuer certains des obstacles auxquels la République Centrafrique fait face dans sa lutte pour la réduction de la mortalité maternelle.

1.2 Organisation du Système de santé

L'organisation structurelle du système de santé est régie par les dispositions du Décret n° 02.109 du 23 mai 2002, portant organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population et fixant les attributions du Ministre.

Calquée sur la résolution sur le scénario de développement sanitaire en trois phases en vue d'instaurer la santé pour tous les Africains, adoptée par le 35^{ème} Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique à LUSAKA en 1985, l'organisation du système de santé en République Centrafricaine est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est chargé de : concevoir, élaborer et appliquer la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique et de la population.

Le niveau intermédiaire comprend sept Régions Sanitaires (RS) correspondant aux régions administratives du pays. Chaque RS est composée de deux à trois préfectures sauf la RS n°7 (Bangui) qui compte huit arrondissements. Il est chargé d'appliquer les directives de l'action politique sanitaire reçue du niveau central.

Le niveau périphérique est composé de 16 préfectures et de 8 circonscriptions sanitaires de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. La préfecture sanitaire et les circonscriptions sanitaires de Bangui sont chargées d'appliquer les directives de la région.

1.3 Principaux facteurs en cause et structuration du problème

1.3.1 Difficultés liées à l'accès aux soins. La population centrafricaine est confrontée à des problèmes d'accès aux soins qui se situent à 3 niveaux :

- Géographique : les formations sanitaires (FOSA) qui sont disponibles dans un rayon de 5 kilomètres par rapport à la population sont en nombre limité ;
- Financier : la pauvreté mine profondément la société Centrafricaine, au regard du PIB par habitant estimé à 300 dollars américains. Cette population démunie ne bénéficie pas d'une assistance sous forme de mutuelle de santé ou d'assurance maladie alors que la gratuité des soins est supprimée dans les hôpitaux publics depuis plus de 15 ans. Le corollaire en est que les patientes qui présentent des urgences obstétricales ne disposent souvent pas de ressources financières immédiates ou en épargne pour faire face aux coûts des soins. Quelque soit la gravité de l'urgence obstétricale, les parents ne cherchent à rassembler les fonds que lorsqu'ils sont sollicités par l'équipe médicale à payer les frais des actes ou les médicaments permettant de résoudre le problème. De ce fait, les accidents comme les ruptures utérines sont fréquentes dans la mesure où les césariennes décidées pour dystocie mécanique ne sont pas exécutées à temps. Cela est relevé dans le service de référence nationale, où l'on a noté des attentes de plus de 2 heures pour exécuter certaines césariennes. Ces patientes ont été exposées au risque de la rupture utérine dont le taux de létalité est de 17,1% [12]. La faible contribution de l'Etat centrafricain alimente également cette situation avec un apport de 4% largement en deçà des 15% recommandés par les Chefs d'état à la conférence d'Abuja en 2006.
- Culturel : la période de grossesses est souvent entourée de préjugés dans le pays. A cette occasion, les femmes sont soumises à des tabous alimentaires qui les privent de l'alimentation riche en protéines et autres nutriments nécessaires pour le développement de la grossesse. Cette privation les rend plus vulnérables aux infections et autres pathologies. Il existe d'autres contraintes culturelles qui exposent la vie des femmes au risque de rupture utérine pendant le travail d'accouchement, notamment l'utilisation des produits ayant un effet ocytotique.

1.3.2 Difficultés liées à l'insuffisance et à la répartition inégale du personnel qualifié.

La plupart des FOSA du pays, en dehors de celles de Bangui, sont confrontées à l'insuffisance et à la répartition inégale en personnel qualifié. Dans le domaine de la santé maternelle, le pays compte moins de 10 médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, tous affectés dans les hôpitaux centraux. Plus de 80% des sages-femmes n'exercent que dans les FOSA de Bangui du fait de l'insécurité et le sous développement prononcé dans certaines

régions, de l'inaccessibilité géographique de certaines localités et de leur statut matrimonial (cohésion socio-familiale). Si les districts sanitaires sont tenus par des médecins généralistes aptes à pratiquer certains actes chirurgicaux, la plupart des FOSA sont dirigées par le personnel subalterne (infirmier assistant, matrone accoucheuse, secouriste ou autres). Ces agents de santé n'ont pas la compétence nécessaire pour reconnaître les signes de gravité des urgences obstétricales. Dans le document des normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction en Centrafrique, le paquet minimum d'intervention par niveau de la structure sanitaire est clairement défini [13]. La politique de renforcement de capacité (formation/recyclage) ne suit pas les exigences que nécessite l'offre des services dans les différents niveaux de la structure sanitaire. Ainsi le diagnostic et la prise en charge de ces patientes dans ces FOSA ont souvent été aléatoires.

1.3.3 Difficultés liées à la prise en charge des urgences obstétricales et au système de référence, contre-référence.

La prise en charge des patientes dans les FOSA posent souvent des problèmes, ce qui nécessite les évacuations vers les structures de référence. La décision de ces évacuations est prise tardivement dans la plupart des cas, à un stade compliqué de la pathologie. En 2005 à Bangui, les décès maternels parmi les patientes transférées des structures périphériques représentaient 36,8% des décès du service de référence nationale. Parmi ces patientes évacuées, les facteurs de morbidité et de mortalité sont, entre autres, le séjour de plus de 5 heures dans une formation sanitaire périphérique, le transport dans des conditions non médicalisés [14]. Quand bien même les ambulances existent dans certaines FOSA, elles n'assurent pas souvent le transport des patientes à référer, car leur fonctionnement est supporté financièrement par les parents de celles-ci qui, somme toute, sont démunis.

Par ailleurs, aucune formation sanitaire n'a la capacité d'offrir les soins obstétricaux d'urgence complets dans le pays. Pour preuve, toutes les formations sanitaires y compris la maternité de référence nationale ne sont pas dotées en banque de sang.

1.3.4 Difficultés liées à l'utilisation des services de santé et à la promotion de meilleures pratiques de santé.

Dans les cas où les services sont disponibles, ceux-ci sont sous-utilisés. En effet, la proportion des femmes suivies régulièrement pendant la grossesse est de 34% [15], le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 53%, et la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 9% [1]. Une étude faite à Bangui a révélé que les avortements provoqués clandestins sont observés dans 75% des cas chez les femmes jeunes de moins de 24 ans [16]. En dépit de cette situation alarmante, il n'existe pas de structure adaptée, genre maison des jeunes ou autre, pour la sensibilisation et la prise en charge des personnes de ce groupe cible [17].

La sous-utilisation des services de santé est la conséquence du niveau général de compréhension chez ces femmes qui méconnaissent les signes de gravité des urgences obstétricales du fait de l'analphabétisme. En effet, le taux d'analphabétisme parmi les femmes est de 68% en Centrafrique [1]. D'autres facteurs sont aussi relevés pour expliquer la sous utilisation des services, notamment la pauvreté, l'absence de système d'assistance sanitaire de la population.

2. OPTIONS POLITIQUES POUR LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE EN CENTRAFRIQUE

Les options politiques qui contribueront à réduire la mortalité maternelle en Centrafrique sont :

- i) Renforcement des capacités nationales en matière de la santé de la reproduction (SR) ;
- ii) Renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales ;
- iii) Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle.

Le tableau 1 présente de manière synthétique les principales stratégies et activités proposées pour chaque option politique. La mise en œuvre de ces options politiques figure au tableau 2 et le tableau 3 décrit les principaux indicateurs et les délais probables d'obtention de résultats.

2.1 Option 1 : Renforcement des capacités nationales en matière de SR.

Le renforcement des capacités nationales est destiné à améliorer les compétences techniques et relationnelles de l'ensemble du personnel de santé. Il valorise les ressources humaines sur le plan technique et social et les replace ainsi au centre du développement du système de santé. Pour permettre aux régions rurales les plus pauvres et/ou reculées de bénéficier des services socio-sanitaires de qualité, le gouvernement s'engage à redéployer le personnel sanitaire et le répartir de façon équitable vers l'intérieur du pays.

Plusieurs stratégies sont nécessaires pour que le renforcement des capacités nationales soit efficace :

- Renforcement des ressources humaines (gynécologues-obstétriciens, médecins, sages-femmes, infirmiers-accoucheurs, assistantes-accoucheuses, matrones, agents de santé communautaire, travailleurs sociaux et associatifs) dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence ;
- Renforcement des services post-natals en y intégrant les soins après avortement (SAA)
- Relèvement du plateau technique.

La mise en œuvre de ces stratégies passe par plusieurs activités :

- Former le personnel socio-sanitaire sur les normes et guides des soins obstétricaux d'urgence dans l'ensemble des districts sanitaires. Avec l'appui des partenaires, les normes et directives en soins obstétricaux d'urgence sont élaborés. Ces documents doivent être vulgarisés auprès des prestataires, après une formation préalable devant faciliter la compréhension et l'utilisation effective desdits documents. L'opportunité d'ouvrir la filière de formation des spécialistes en gynécologie-obstétrique et des sages-femmes formatrices à la rentrée 2010-2011.

- Recruter/intégrer le personnel prenant en charge la santé maternelle. Le besoin en personnel qualifié est important dans toutes les FOSA du pays. La réalisation de cette activité, dans le contexte du réajustement structurel, impose au gouvernement de prioriser le domaine

de la santé quant au quota de recrutement dans la fonction publique. Dans les FOSA où le Comité de Gestion COGES ou le Conseil de Gestion (CONGES) est efficace, le recrutement de certains cadres (médecins, sages-femmes, infirmiers accoucheurs et assistantes accoucheuses) peut être envisagé.

- Intégrer le système d'achat de performance dans les FOSA. Le rendement du personnel est optimal s'il est motivé. Des primes d'éloignement seront octroyées au personnel exerçant dans les zones reculées du pays ;
- Intégrer les SAA dans le paquet minimum des urgences obstétricales et de la prévention des grossesses non désirées. A ce titre, les SAA vont contribuer à réduire les accidents hémorragiques et infectieux des avortements clandestins. A l'occasion des offres des services SAA, les patientes seront mises sous les méthodes contraceptives pour prévenir les grossesses non désirées. Les kits et les médicaments nécessaires à l'exécution des SAA devront être rendus disponibles dans les FOSA ;
- Doter les FOSA en matériels techniques (partogrammes, stéthoscopes, tensiomètres, oxymètres de pouls, peses personnes, mètres rubans, tables de ressuscitation, tables de consultation gynécologique ou d'accouchement et autres) nécessaires pour le suivi des grossesses à risque, la prise en charge des accouchements normaux et des complications obstétricales. L'utilisation intensive du peu de matériels existant entraîne leur détérioration rapide, d'où un renouvellement périodique ;
- Organiser le suivi-évaluation de ces activités sous forme de : i) monitoring ayant une périodicité semestrielle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ii) supervision intégrée dont la périodicité est semestrielle au niveau central, trimestriel au niveau intermédiaire et mensuel au niveau périphérique pour contribuer au renforcement des capacités nationales ; iii) appui technique rapproché en fonction des faiblesses constatées sur le terrain et enfin iv) recherches opérationnelles axées sur les causes profondes des avortements et disposer des données actualisées.

Les avantages liés à cette 1^{ère} option politique sont :

- la disponibilité de personnel qualifié dans toutes les FOSA du pays ;
- la disponibilité des équipements nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Les risques de cette option résident dans :

- les difficultés de recrutement des cadres et surtout la répartition équitable du personnel ;
- le refus de certains agents de regagner des postes reculés ;
- la difficulté d'assurer la maintenance ou le renouvellement des équipements.

2.2 Option 2 : Renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales :

Les interventions prioritaires retenues pour cette option sont :

- i) la prévention des grossesses non désirées ;
- ii) la prise en charge des urgences obstétricales ;
- iii) la sécurisation des produits SR ;
- iv) l'audit des décès maternels.

2.2.1 Prévention des grossesses non désirées

Les complications des avortements provoqués clandestins représentent la première cause de décès maternel à Bangui. Ces avortements provoqués clandestins sont la conséquence de grossesses non désirées. La prévention des grossesses non désirées est un choix qui vise la réduction de risque d'exposition aux avortements provoqués clandestins. La stratégie permettant la prévention des grossesses non désirées est la distribution des produits contraceptifs dans les FOSA, dans les maisons des jeunes et dans le secteur social regroupant les jeunes du milieu informel. Bénéficiant de l'appui des partenaires, le gouvernement a mis en place un plan de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (SPSR), dont les contraceptifs. La sécurisation des contraceptifs va éviter la rupture de ravitaillement qui amène certaines femmes à abandonner une méthode déjà commencée.

L'exécution de cette stratégie se fera à travers des activités définies :

- Assurer l'approvisionnement et la fourniture des produits contraceptifs dans les FOSA, les maisons des jeunes et dans le secteur social regroupant les jeunes du milieu informel. La mise en œuvre de cette activité devra éviter la rupture de stock des produits contraceptifs dans les FOSA. L'approvisionnement tiendra compte des besoins selon la population et la cible concernée ;
 - Intensifier les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale en vue de l'utilisation des services fournissant les produits contraceptifs par la communauté ;
 - Intensifier les prestations de planification familiale en incluant la base communautaire. Cette activité impliquera les personnes ressources vivant dans la communauté pour la distribution des produits contraceptifs. Un recouvrement des coûts de ces produits sera fait par ces personnes venant de la communauté pour garantir la pérennisation de la disponibilité et de l'utilisation ;
 - Faire un plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires et d'opinion pour intensifier l'utilisation des méthodes contraceptives ;
 - Former des volontaires communautaires et travailleurs sociaux en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives. Le rôle dévolu à ces volontaires communautaires et aux travailleurs sociaux est celui d'encourager les personnes désireuses d'utiliser les méthodes contraceptives en se basant sur des connaissances solides sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes contraceptives ;
 - Organiser le suivi-évaluation de ces activités sous forme de supervision intégrée dont la périodicité est semestrielle au niveau central, trimestriel au niveau intermédiaire et mensuel au niveau périphérique pour contribuer au renforcement des capacités nationales.

2.2.2 La prise en charge des urgences obstétricales

L'offre des soins obstétricaux d'urgence pendant la période de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum est important pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle. Les causes médicales directes des décès maternels sont dues aux urgences obstétricales.

Les stratégies nécessaires pour offrir les soins obstétricaux d'urgence dans les FOSA sont :

- Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans les FOSA ;

- Renforcement du système de référence et contre-référence.

La mise en œuvre de ces stratégies passe par plusieurs activités :

- Organiser la prise en charge des urgences obstétricales. Le gouvernement a développé le « Guide des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les FOSA des niveaux A et B ». Les urgences obstétricales survenant pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat ont été prises en compte dans ce document ;
 - Fournir aux FOSA une dotation initiale en kits d'urgence. Les kits d'urgence, initiales fournies dans les FOSA seront pérennisées par le recouvrement des coûts auprès des mutuelles de santé actuellement opérationnelles dans la ville de Bangui et celles à créer ;
 - Doter les FOSA de référence en ambulances et moyens de communication RAC ou le téléphone mobile subventionné. Le transfert des patientes en situation d'urgence doit se faire par une ambulance. Celle-ci doit être disponible dans les FOSA et utilisable chaque fois que cela est nécessaire. L'information sur l'état de la patiente et le moment du départ de celle-ci vers le centre de référence sera donnée à l'équipe d'accueil par des moyens de communications accessibles pour que la prise en charge soit préparée et exécutée dans le temps. Certaines FOSA disposent d'une ambulance, avec l'appui des partenaires. D'autres en sont dépourvues et n'utilisent que des moyens de transport de fortune comme le taxi. Dans les provinces où les moyens roulant sont rares, le transport des malades est plus difficile, faisant appel aux modes de transport disponibles et accessibles au niveau local ;
 - Mettre en place des unités de transfusion sanguine dans les hôpitaux de district et les centres de référence. Les urgences obstétricales liées aux hémorragies sont les plus graves, quant à la létalité. La mise en place des unités de transfusion dans les centres de référence est nécessaire pour les compensations des pertes sanguines par les patientes. Le gouvernement a mis en place un centre national de transfusion sanguine. Dans quelques FOSA, des unités de sécurisation des produits sanguins ont été mises en place, avec l'appui des partenaires ;
 - Assurer le suivi-évaluation sous forme de monitoring ou d'appui technique rapproché semestriellement au niveau central, trimestriellement au niveau intermédiaire et mensuellement au niveau périphérique pour s'assurer de la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales.

2.2.3 La SPSR

Afin d'assurer une prise en charge adéquate et en temps opportun des urgences obstétricales, un effort sera entrepris pour assurer l'approvisionnement et la fourniture des produits SR dans toutes les FOSA.

Il s'agira alors de développer les mesures de SPSR afin d'éviter la rupture de stock des produits contraceptifs, des kits d'urgence obstétricale, des produits sanguins et autres solutés de remplissage vasculaire.

Les axes stratégiques et les principales activités de la SPSR sont :

- Renforcement des capacités nationales. Cette stratégie s'exécutera à travers les activités suivantes :
 - Former le personnel impliqué dans la SPSR et à l'utilisation des logiciels de gestion ;
 - Approvisionner les formations sanitaires en produits SR ;
 - Evaluer les besoins en produits SR et les coûts ;

- Intégrer l'approvisionnement des produits SR dans le système normal d'approvisionnement des médicaments et réactifs.
- Pérennisation dont les activités sont :
 - Mettre en place, pour les personnes démunies, d'un mécanisme d'accès effectif aux produits SR faisant l'objet de recouvrement des coûts ;
 - Dégager une ligne budgétaire au niveau de l'Etat pour l'approvisionnement des produits SR ;
 - Adopter des textes de détaxation des produits SR qui ne le sont pas encore.

2.2.4 Les audits des décès maternels

L'analyse des causes de décès pour en déceler les failles en vue d'y remédier a contribué dans les pays où cela est pratiqué, à réduire la mortalité maternelle. Il conviendra alors de mettre en place le système d'audits des décès maternels dans toutes les FOSA. La mise en œuvre de l'audit des décès maternels bénéficie actuellement de l'appui des partenaires et devrait être intégré dans le paquet minimum d'activités des FOSA.

La stratégie et les activités qui permettent la mise en œuvre de l'audit des décès maternels dans les FOSA seront réalisées par une équipe chargée de conduire l'audit des décès maternels. La mise en place de cette équipe nécessite de :

- Assurer la formation des formateurs, des prestataires en audits des décès maternels ;
- Retenir les méthodes d'audit pour le pays ;
- Développer les outils des audits ;
- Mettre en place une équipe de volontaires pour mener les audits ;
- Réaliser les audits dans les FOSA.

Les retombées positives de cette 2^{ème} option politique se situent à 2 niveaux :

- la réduction du nombre des grossesses non désirées, sachant que l'option contribuera à éviter tout autant de pratiquer des avortements dans la clandestinité avec les risques de complications (hémorragies, infections et autres) que la répression judiciaire (article 78 du Code Pénal Centrafricain).
- la prise en charge, selon les normes, des grossesses à risque, sachant ici que cela réduit la fréquence des grossesses et des accouchements à risque.

Les risques liés à cette 2^{ème} option reposent sur :

- Les difficultés de mobilisation des femmes pouvant faire usage des méthodes contraceptives ;
- Les difficultés de mise en place de structures permettant de couvrir les besoins des jeunes qui évitent souvent de rencontrer leurs parents dans les FOSA ;
- Le fait que certains hommes et certaines religions s'opposent à l'utilisation des méthodes contraceptives constituera un frein à leur utilisation à grande échelle ;
- Le bénévolat requis dans la réalisation des audits des décès maternels risque de mobiliser moins de volontaires ;
- Difficulté de pérennisation des kits d'urgence et de l'audit des décès maternels en l'absence de l'appui financier des partenaires.

2.3 Option 3 : Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle.

Les principaux problèmes auxquels sont confrontés le secteur de la santé sont l'insuffisance de ressources financières et l'implication de la communauté dans le financement des programmes de santé. L'accès aux soins offerts dans les FOSA est important pour la réduction de la MOMA. Suite à des difficultés financières ou en se basant sur la désinformation ou l'ignorance, des femmes se rabattent sur les soins non médicaux alors que des services répondant à leurs besoins sont disponibles dans les FOSA. Le renforcement des capacités des membres de la communauté à travers la sensibilisation leur permet de s'approprier les programmes de santé développés dans leurs intérêts [17-21].

Les stratégies visant cette option sont :

- La mobilisation de ressources dans une perspective d'amélioration de la santé des populations ;
- Le renforcement du partenariat technique et financier à tous les niveaux ;
- La promotion de la SR en vue de l'amélioration du niveau des connaissances des décideurs et des communautés sur les urgences obstétricales et les avortements à risque ;
- La promotion de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes.
- Le développement des systèmes de financement alternatif aux soins.

Les activités permettant la mise en œuvre de ces stratégies sont :

- Faire un plaidoyer en faveur du financement du secteur de la SR. Il s'agira de mener un plaidoyer en vue de mobiliser des ressources supplémentaires auprès des partenaires et opérateurs économiques privés (nationaux et extérieurs) pour venir en appui à l'effort national ;
 - Redynamiser le partenariat technique et financier à tous les niveaux ;
 - Mettre en place des mutuelles de santé pour la période de grossesse et d'accouchement. Cela garantit aux femmes enceintes des ressources leur permettant de faire face aux dépenses pendant la grossesse, l'accouchement ou en cas d'urgence obstétricale. Le développement des mutuelles est une préoccupation gouvernementale qui est en phase expérimentale ;
 - Faire un plaidoyer à l'intention des décideurs et leaders d'opinion en faveur des services de planification familiale.
 - Former des volontaires communautaires et travailleurs sociaux en faveur des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour réaliser des activités de sensibilisation. La sensibilisation par les professionnels de santé et les personnes dans la communauté est une pratique développée dans le pays. Ces personnes bénéficiant d'une formation préalable devront amener les femmes et les mères à utiliser d'avantage les services disponibles ;
 - Faire le plaidoyer et la sensibilisation pour des actions visant la scolarisation des filles et des femmes. Plusieurs études menées dans le pays ont montré la méconnaissance des signes des urgences par les femmes dont le niveau d'instruction est bas. Le faible taux de

scolarisation des filles est dû à la réticence et à la mauvaise compréhension des parents. Un plaidoyer en leur endroit pourra contribuer à renverser cette tendance ;

- Développer l'alphabétisation fonctionnelle intense des femmes ;
- Impliquer la communauté dans la planification ou le suivi des grossesses et l'accouchement en milieu assisté ;
- Assurer le suivi-évaluation sous forme d'audits par rapports aux différentes ressources. Ce suivi sera conduit semestriellement au niveau central, trimestriellement au niveau intermédiaire et mensuellement au niveau périphérique.

L'avantage attendu de cette 3^{ème} option politique est l'augmentation significative du nombre des femmes utilisant les services disponibles dans les FOSA.

Les risques sont :

- Les difficultés liées à la mobilisation de la population pour le développement des mutuelles de santé et l'utilisation effective des services ;
- Les difficultés de mobilisation des ressources nécessaires à l'accomplissement des activités. Par ailleurs, le gouvernement est lié aux contraintes budgétaires du système des institutions financières internationales. De ce fait, le recrutement du personnel qualifié risque d'en pâtir.

Tableau 1 : Options politiques, stratégies et activités

Option politique	Renforcement des capacités nationales en matière de SR	Renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales	Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle
Description	<p>Renforcement des ressources humaines dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel sanitaire sur les normes et directives en soins obstétricaux d'urgence dans l'ensemble des districts sanitaires ; • Recruter/intégrer le personnel prenant en charge la santé maternelle ; • Intégrer le système d'achat de performance aux soins dans les formations sanitaires. <p>Renforcement des services post natus en y intégrant les soins après avortement</p> <p>Relèvement du plateau technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doter les FOSA en matériels techniques nécessaires pour le suivi des grossesses à risque, la prise en charge des accouchements normaux et des complications obstétricales ; • Fournir aux FOSA une dotation initiale en kits d'urgence. <p>Suivi-évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervision intégrée aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. 	<p>Prévention des grossesses non désirées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'approvisionnement et la fourniture des produits contraceptifs dans les FOSA, dans les maisons des jeunes et dans le milieu informel ; • Intensifier les prestations de planification familiale en incluant la base communautaire ; • Former des volontaires communautaires et travailleurs sociaux en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives. <p>Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans les FOSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser la prise en charge des complications obstétricales ; • Mettre en place le système d'audits des décès maternels dans les FOSA ; • Mettre en place des unités de transfusion sanguine dans les hôpitaux de district et les centres de référence ; • Développer les mesures de sécurisation des produits SR. <p>Renforcement du système de référence et contre-référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doter les FOSA de référence en ambulances et moyens de communication RAC. <p>Suivi-évaluation</p> <p>Monitorage ou appui technique rapproché aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.</p>	<p>Mobilisation de ressources dans une perspective d'amélioration de la santé des populations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer en faveur du financement du secteur de la SR. • Redynamiser le partenariat technique et financier à tous les niveaux <p>Développement des systèmes de financement alternatifs aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mutuelles de santé pour la période de grossesse et d'accouchement. <p>Amélioration des connaissances des décideurs et des communautés sur les urgences obstétricales et les avortements à risque.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer à l'intention des décideurs et leaders d'opinion en faveur des services de planification familiale <p>Amélioration du niveau des connaissances des communautés sur les urgences obstétricales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former des volontaires communautaires et travailleurs sociaux en faveur des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour réaliser des activités de sensibilisation ; • Impliquer la communauté dans la planification ou le suivi des grossesses, et l'accouchement en milieu assisté. <p>Promotion de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mener des actions visant la scolarisation des filles et des femmes ; • Développer l'alphabétisation fonctionnelle des femmes. <p>Suivi-évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audits par rapport aux ressources aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de personnel qualifié pour la prise en charge des grossesses et des accouchements à risque ; • Plateau technique adapté à la prise en charge des urgences obstétricales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du nombre des grossesses non désirées, des risques d'avortements provoqués clandestins et de leurs complications ; • Dépistage efficace des grossesses et des accouchements à risque ; • Amélioration de la prise en charge des grossesses et des accouchements à risques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources additionnelles mises à la disposition des services de SR ; • Implication et prise de conscience de la communauté par rapport aux urgences obstétricales ; • Meilleure utilisation des services de SR, y compris la PF.
Risques ou dangers	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de recrutement et de répartition équilibrée du personnel qualifié dans les FOSA ; • Difficulté de la maintenance des équipements et matériels ; • Inaccessibilité des zones de conflits ; • Insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusion de certains groupes cibles ; • Ignorance ou désinformation sur les méthodes contraceptives ; • Problème d'engagement de l'équipe d'audit des décès maternels ; • Difficulté de la pérennisation des kits d'urgence ; • Insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesanteurs socioculturelles ; • Persistance de l'ignorance des signes de gravité des urgences obstétricales ; • Non régression de l'analphabétisme ; • Insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre.
Coût	A déterminer	A déterminer	A déterminer
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture de la filière de formation des spécialistes en vue de couvrir le pays ; • Dynamique de renforcement des capacités existant dans le pays (engagement du gouvernement et de la communauté ; disponibilité de l'appui des partenaires au développement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Politique de planification familiale adoptée par le gouvernement en 1982 ; • Développement de la politique nationale de la SR ; • Elaboration des documents de prise en charge des urgences obstétricales et de sécurisation des produits SR ; • Appui des partenaires au développement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'un forum d'accessibilité aux soins pour la mise en place des mutuelles de santé ; • Elaboration d'un document de normes et de standards de développement des mutuelles de santé.

Tableau 2 : Mise en œuvre des options politiques

Option politique	Renforcement des capacités nationales en matière de SR	Renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales	Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle
Barrières de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'intégration des cadres de la santé ; • Refus de certains agents (sages-femmes) de regagner les postes d'affectation dans les provinces ; • Absence de personnel compétent pour utiliser certains équipements dans les hôpitaux de district ; • Conflit armé touchant plus de 30% du territoire national. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption d'un comportement responsable lent à s'opérer au niveau de la population dans le domaine de la SR ; • Renouvellement des kits d'urgence confrontée aux ventes parallèles des médicaments essentiels par le personnel ; • Manque de FOSA dans un rayon de 5 kilomètres pour 35% de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de la trésorerie publique limitant les décaissements en faveur de la SR ; • Pauvreté grandissante qui touche plus de la moitié de la population ; • Difficulté de mise en place des mutuelles de santé par la population ; • Difficulté de mobilisation de la population pour la lutte contre la mortalité maternelle.
Stratégies de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager une délégation de compétence ; • Renforcer les ONG qui interviennent dans les zones de conflit ; • Développer des mesures incitatives pour amener les cadres à travailler dans les provinces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter le gouvernement à augmenter le nombre des FOSA • Former les matrones et accoucheurs traditionnels à reconnaître les grossesses à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement et des parlementaires en vue du renforcement du financement de la SR • Intensifier le partenariat technique et financier avec les partenaires au développement • Sensibiliser les communautés pour la mise en place des mutuelles de santé

Tableau 3 : Indicateurs et délais probables d'obtention de résultats

Options	Indicateurs	Délais d'obtention de résultats
Renforcement des capacités nationales en matière de SR	• 80% de personnel formés en matière de SR/SONU ;	3 ans
	• 100% de FOSA seront équipés pour la prise en charge adéquate des cas d'urgences obstétricales et néonatales ;	3 ans
	• 30% de personnel de santé nouvellement intégré seront affectés dans les services de SR	4 ans
Renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales	• 100% des FOSA offrant la SR disposent en permanence des produits contraceptifs	1 an
	• 80% de travailleurs sociaux/ASC/Associations formés dans la distribution des produits contraceptifs	3 ans
	• 100% des FOSA offrant la SR réalisent les audits de décès maternels	5 ans
	• 100% des hôpitaux de district et hôpitaux de référence disposent des unités de transfusion sanguine	5 ans
	• 100% de FOSA de référence disposent des ambulances et RAC	5 ans
Mobilisation des différentes ressources en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle	• Nombre de réunions de plaidoyer tenues	3 ans
	• 60% des FOSA contractant avec les mutuelles de santé en faveur des grossesses et accouchement	5 ans
	• 60% des filles et des femmes sont scolarisées/alphabétisation fonctionnelle	5 ans

3. DISCUSSION

Malgré les difficultés inhérentes à la mesure de la mortalité maternelle, les interventions visant à réduire cette mortalité doivent être suivies et évaluées pour déterminer les stratégies les plus efficaces dans différentes situations [21-23].

Le manque de personnel dans les FOSA rurales est une des causes qui maintient le taux de mortalité maternelle très élevé dans ces zones. De plus, les professionnels de la santé sont souvent mutés et le pays est confronté à un manque chronique de ressources humaines dont la conséquence résulte finalement dans une surcharge de travail des personnels présents. Il y a donc nécessité de mettre en place des formations de courte durée à l'attention du personnel non qualifié du milieu rural. Ces formations se focaliseraient sur les soins en général et en particulier les soins de santé maternelle [24]. Elles peuvent mener à l'amélioration de services spécifiques au niveau des soins obstétricaux lorsqu'également les guides des soins obstétricaux d'urgence sont mieux utilisés et compris par les professionnels et les acteurs impliqués [25]. Le modèle de résolution du manque de ressources humaines au Kenya pourrait être aussi envisagé dans le cadre de renforcement des capacités nationales en ressources humaines [26]. En effet, la qualité et l'intégrité du secteur public en santé ne peuvent être améliorées qu'à travers la professionnalisation du management des ressources humaines. Une étude évaluatrice du rôle des sages-femmes et des infirmiers et infirmières d'état, réalisée en Indonésie, a mis en évidence les différences régionales dans le rôle de ces personnels [27]. Elle a permis de déterminer les besoins essentiels de développement pour la mise en place des formations adaptées.

Au vu de la situation nationale, la personne qui serait premièrement impliquée dans les soins lors de l'accouchement dans les FOSA rurales serait l'Aide Accoucheuse qui est la principale préposée compétente en activité dans les FOSA. En plus de l'aide accoucheuse, il devrait avoir la présence d'un autre professionnel de santé (infirmier(e), infirmier(e) diplômé(e) d'état qui jouerait le rôle de chef de poste de santé comme ce qui se fait en Egypte [28]. L'équipe de la FOSA pourrait être complétée par un membre de la communauté ayant reçu une formation de courte durée, agent itinérant de santé, qui pourrait aider lors des accouchements [29]. Ces agents itinérants qui sont formés spécialement pour l'accouchement constituent un des indicateurs de l'Objectif du Millénaire et sont considérés comme une des premières étapes pour réduire la mortalité [30]. Les matrones traditionnelles peuvent également être mises à contribution en assistant les aides accoucheuses comme ce qui se passe dans d'autres pays à ressources limitées [31].

Les interventions préventives découlant des visites prénatales n'ont pas en général une grande incidence sur la réduction de la mortalité maternelle [32]. Il faudrait que ces visites puissent amener la femme à rencontrer un spécialiste ou un professionnel de la santé formé dans le cadre des soins obstétricaux. Ainsi ce n'est pas la quantité, à savoir les 4 visites prénatales dans les FOSA mais plutôt la qualité de celles-ci qui est importante [33] pour viser la réduction de la mortalité maternelle.

L'exemple de l'Ethiopie où les services de soins après avortement et d'avortement médicalisé ont été étendus et renforcés pour les rendre plus accessibles et économiquement abordables [20] pourraient être mis en place afin de parer aux accidents ainsi qu'aux coûts liés aux conséquences dramatiques des avortements clandestins [34,18]. Les charges financières libérées à travers ces soins pourraient être affectées à un autre volet par exemple celui concernant les mesures incitatives pour amener les personnels de santé à travailler en province ou dans les zones d'accès difficile.

La mortalité maternelle est définie, selon l’OMS, comme "le décès d’une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu’en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu’elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite". [35]. Toutefois, il est important de faire la distinction entre les causes directes et les causes indirectes pour faciliter le choix des interventions visant la réduction de la mortalité maternelle [36]. Ces décès sont souvent la conséquence des urgences obstétricales, dont les causes sont connues [37-39].

La prise en charge adéquate des urgences obstétricales est une stratégie permettant de réduire le taux de mortalité maternelle même dans les zones à faible revenu, comme l’ont souligné Fournier et collaborateurs [38]. Parmi les causes de décès maternels, les complications des avortements occupent une place importante [15, 37]. Ceci nous a amené à mettre l’accent sur l’intégration des SAA dans le paquet minimum des urgences obstétricales et sur la promotion de l’utilisation des méthodes contraceptives. En visant une plus grande utilisation de la contraception, eu égard à la faible prévalence contraceptive dans le pays [1], nous pensons ainsi pouvoir agir sur la réduction de la mortalité maternelle, car les complications des avortements clandestins provoqués contribuent pour une grande part au décès maternel [20, 40, 41]. Par ailleurs, la diminution de la fréquence des avortements provoqués clandestins permettra de réduire les coûts élevés de la prise en charge des complications des avortements clandestins provoqués [18, 19, 40, 41]. Les ressources dégagées seront utilisées pour le renforcement de la qualité de prise en charge des urgences obstétricales.

Ce renforcement passe par le relèvement du plateau technique qui facilite l’identification des urgences obstétricales. En effet, plusieurs pathologies sont susceptibles d’entraîner des complications graves pendant la grossesse, comme l’hypertension artérielle. Son identification selon les critères cliniques et para-cliniques [42] permettra d’éviter la survenue de l’éclampsie qui est l’une de ses complications. L’éclampsie est souvent évoquée parmi les causes de décès maternel [43]. Pendant le travail, une bonne surveillance devrait permettre d’identifier les causes fréquentes de rupture utérine, comme les dystocies, la grande multiparité et autres [44]. Une césarienne pratiquée au moment opportun permet d’éviter la survenue de cet accident dont la létalité est élevée chez nous [12].

Dans le post-partum immédiat, la surveillance de l’accouchée devait permettre d’identifier l’hémorragie du post-partum. L’amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales au Mali a permis de réduire près de la moitié les décès dus aux hémorragies [38]. Quelque soit la période de survenue, les urgences obstétricales sont prises en charge dans la FOSA dont le plateau technique est adéquat et disposant de personnel compétent. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la référence vers une FOSA apte à prendre en charge les urgences obstétricales permet de réduire la mortalité maternelle. En effet, une étude faite au Mali a révélé que pour les femmes prises en charge pour une urgence obstétricale, le risque de décès, 2 ans après l’intervention était inférieur de moitié à celui enregistré avant l’intervention. Les taux de mortalité maternelle ont diminué plus fortement parmi les femmes aiguillées que celles qui ne l’étaient pas [38]. Ce résultat nous donne le droit de penser que l’organisation d’un système efficace de référence et contre-référence devra contribuer à réduire la mortalité maternelle.

Pour renforcer la prise en charge des urgences obstétricales, les décès enregistrés doivent être analysés systématiquement en vue d'identifier les causes médico-obstétricales, mais aussi les dysfonctionnements des services de santé qui y ont conduit. Cette analyse se fait à travers les audits des décès maternels dont 5 types sont décrits par l'Organisation Mondiale de la Santé [45, 46]. Si des difficultés résident dans son implantation comme l'ont souligné Nyamtema et coll. [47], des mesures sont prises au niveau des hôpitaux centraux et les hôpitaux de districts pour la mise en œuvre effective de cette stratégie de lutte contre la mortalité maternelle. Nous prendrons en compte les recommandations découlant des leçons apprises à travers les travaux de certains auteurs [48, 49]. Même dans les pays industrialisés, l'audit clinique qui est l'une des méthodes d'audit des décès maternel s'est révélé nécessaire pour l'amélioration de la prise en charge des hémorragies du post-partum [50].

L'efficacité de ces stratégies et activités sera évalué par le monitoring au niveau central et décentralisé.

Concernant la mobilisation des ressources en vue de faciliter l'accès aux services de la SR, il convient de s'inspirer des réalisations obtenues dans les pays en développement qui ont expérimenté avec succès l'accès aux soins de santé par le développement des systèmes de financements alternatifs faisant usage des vouchers [51]. Ce système a donné des résultats très encourageants en Tanzanie pour l'utilisation à grande échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticides [52] et pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles en RCA [53]. Mise en œuvre dans le domaine des soins prénatals, cette méthode a permis d'augmenter de manière significative la fréquentation des services de soins prénatals et de réduire le taux de mortalité maternelle au Kenya [54], au Bangladesh [55, 56] et au Cambodge [57].

En dépit du faible taux d'alphabétisation en Afrique sub-saharienne, des efforts seront entrepris dans cette partie du monde pour mettre en place des programmes d'éducation à base communautaire pour améliorer le niveau de connaissance des femmes analphabètes. Ces programmes d'éducation à assise communautaire ont été expérimentés dans plusieurs pays en développement. C'est ainsi qu'au Paraguay, un programme d'éducation en langue locale a permis d'améliorer le niveau de connaissance des femmes enceintes ainsi que la réduction de la mortalité maternelle et infantile en zone rurale [58]. Des programmes d'éducation similaires réalisés en Tanzanie et en Indonésie ont permis d'obtenir de bons résultats [59, 60]. La promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en sera facilitée ; dans la mesure où ces femmes seront plus enclines à percevoir les bénéfices des soins qualifiés.

4. CONCLUSION

La situation de la mortalité maternelle en Centrafrique constitue actuellement un réel problème de santé publique. En raison de la multiplicité des facteurs favorisant cette situation hautement préoccupante, la combinaison des stratégies de mise en œuvre découlant des options politiques ci-dessus développées est la voie la plus indiquée pour infléchir la courbe de mortalité maternelle en République Centrafricaine.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la préparation, à la rédaction et à la révision du document

CONFLITS D'INTERET

Aucun

REMERCIEMENTS

Cette note de politique a été préparée grâce au soutien de « Supporting the use of research evidence (SURE) for policy in African health systems project ». SURE est un projet financé par le 7^{ème} programme de la Commission Européenne (Numéro du Grant 222881). Nous aimerions remercier toutes les personnes qui nous ont aidés dans la collecte des données, les personnes qui ont fait une lecture critique de ce document en particulier Ulysses Panisset et l'équipe d'EVIPNet OMS à Genève. Les auteurs tiennent également à remercier les participants au forum délibératif qui ont permis la finalisation du document.

REFERENCES

- 1 – Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale. Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003, 74p.
- 2 – Ministère de l'Economie, du Plan, des Statistiques et de la Coopération Internationale. Recensement Général de la Population de 1988, 28p.
- 3 - World Health Organization. Maternal Mortality in 1995. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva WHO, 2001. WHO/RHR/01.9
- 4 - Fathalla MF. Women Health: An Overview. In: International Journal of Gynecology and Obstetrics 1994;**46**:105-115.
- 5 - Reduction of Maternal Mortality. Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Geneva 1999.
- 6 - Hill K, Abouzhar C, Wardlaw T. Estimates of Maternal mortality for 1995. Bull World Health Organ 2001; **79**: 182–93.
- 11 - Global Development Network : La mortalité maternelle en 2000 : les estimations mises au point par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA. Statistiques de la mortalité maternelle dans le monde, 2000.
- 7 - Briggs ND. Maternal Mortality in Sub- Saharan: The Problems and Prevention. In: Trop J Obstet Gynaecol, 1994,**11**:8-12;
- 8 - Harrison KA. Maternal Mortality in Nigeria: The Real Issues. In: Afr J. Reprod Health 1997; **1**(1): 7-13).
- 9 - Torres C, Mujica OJ. Health, equity, and the Millennium Development Goals. Rev Panam Salud Publica 2004; **16**: 157.
- 10 – WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank : Maternal Mortality in 2005, World Health Organization, 2007 : p 48.
- 12 – Sépou A, Yanza M.C, Nguémbi E, Ngalé R, Kouriah G, Kouabosso A, Nali M.N. Les ruptures utérines à la maternité de l'Hôpital Communautaire de Bangui (Centrafrique). Médecine Tropicale, 2002, **62** : 517-520.
- 13 – Ministère de la Santé Publique et de la Population. Normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction en République Centrafricaine, 2003, 84p.
- 14 – Sépou A, Goddot M, Ngalé R, Gaunefet C.E, Domandé-Modanga Z, Fandéma E, Baligross S. Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Communautaire de Bangui. Clin Mother Child Health 2009 ; **6** : 1007-1012.

- 15 – Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, Rapport final MICS-2000 : Santé de la reproduction, 2000 : 161-184.
- 16 – Sépou A, Ngalé R, Yanza M.C, Domandé-Modanga Z, Nguémbi E. Analyse des avortements à la maternité de l'Hôpital Communautaire de Bangui. *Médecine Tropicale*, 2004 ; **64** : 61-65.
- 17 – Ahmed MK, van Ginneken J, Razzaque A. Factors associated with adolescent abortion in a rural area of Bangladesh. *Tropical Medicine and International Health*, 2005, **10** : 198–205.
- 18 – Henshaw SK, Adewole I, Singh S, Bankole A, Oye-Adeniran B, Hussain R. Severity and Cost of Unsafe Abortion Complications Treated in Nigerian Hospitals. *International Family Planning Perspectives*, 2008, **34**:40–50.
- 19 – Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, **35**:114–121.
- 20 – Gebreselassie HM, Fetters T, Singh S, Abdella A, Gebrehiwot Y, Tesfaye S, Geressu T, Kumbi S. Caring for women with abortion complications in Ethiopia: National Estimates and future implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2010, **36**:6-15.
- 21 - Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria – looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009, **9**:43.
- 22 - Campbell MNR, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 2006, **368**:1284-1299.
- 23 - El-Jardali F, Jamal D, Abdallah A, Kassak K. Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. *Human Resources for Health* 2007, **5**:9.
- 24 - Voetagbe G, Yellu N, Mills J, Mitchell E, Adu-Amankwah A, Jehu-Appiah K, Nyante F. Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana. *Human Resources for Health* 2010, **8**:2.
- 25 - Dogba M, Fournier P. Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature. *Human Resources for Health* 2009, **7**:7.
- 26 - Adano U. The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program. *Human Resources for Health* 2008, **6**:19.
- 27 - Hennessy D, Hicks C and Koesno H. The training and development needs of midwives in Indonesia: paper 2 of 3. *Human Resources for Health* 2006, **4**:9.

28 - Mansour M, Mansour JB, El Swesy AH. Scaling up proven public health interventions through a locally owned and sustained leadership development programme in rural Upper Egypt. *Human Resources for Health* 2010, **8**:1.

29 - Fauveau V, Sherratt DR and Luc de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? *Human Resources for Health* 2008, **6**:21.

30 - AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bull World Health Organ* 2001, **79**:561-568.

31 - Koblinsky MA, Campbell O & Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, **77**::399-406.

32 - van Eijk AM, Bles HM, Odhiambo F, Ayisi JG, Blokland IE, Rosen DH, Adazu K, Slutsker L, Lindblade KA: Use of antenatal services and delivery care among women in rural western Kenya: a community based survey. *Reprod Health* 2006, **3**:2.

33 - JHPIEGO: Prevention and control of malaria during pregnancy. Reference Manual for health care providers. 2003.

34 - Jewkes R, Brown H, Dickson-Tetteh K, Levin J, Rees H. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *BMJ* 2002;**324**:1252–3.

35 - Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle en 2005. Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA et la Banque mondiale, Geneve, 2008, 46p.

36 - Cross S, Bella JS, Grahama WJ. What you count is what you target: the implications of maternal death classification for tracking progress towards reducing maternal mortality in developing countries. *Bull World Health Organ* 2010;**88**:147–153.

37 - Mayi-Tsonga S, Ndombi I, Oksana L, Methogo M, Diallo T, Mendome G, Mounanga M. Mortalite´ maternelle a` Libreville (Gabon) : état des lieux et défis à relever en 2006. *Cahiers Santé*, 2008, **18**: 193-197.

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

39 - Kulkarni R, Chauhan S, Shah B, Menon G. Cause of death among reproductive age group women in Maharashtra, India. *Indian J Med Res*, August 2010, **132**: 150-154.

40 - Benson J, Nicholson LA, Gaffucin L, Kinotp SN Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review. *Health Policy and Planning*, 1996, **11**: 117-131.

41 - Okonofua FE, Hammed A, Nzeribe E, Saidu B, Abass T, Adeboye G, Adegun T, OkolochaC. Perceptions of Policymakers inNigeria Toward Unsafe Abortion and Maternal Mortality. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*,2009,**35**::194–202.

- 42 - Rath W, Fischer T. The Diagnosis and Treatment of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int* 2009; **106**: 733–738.
- 43 - Kullima AA, Kawuwa MB, Audu BM, Usman H, Geidam AD. A 5-year review of maternal mortality associated with eclampsia in a tertiary institution in northern Nigeria. *Annals of African Medicine*, 2009, **8** : 81-84.
- 44 - Eze JN, Ibekwe PC. Uterine rupture at a secondary hospital in Afikpo, Southeast Nigeria. *Singapore Med J* 2010; **51**: 506-511.
- 45 - Organisation mondiale de la Santé. Au-delà des Nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Genève, 2004, 153p.
- 46 - Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek Nvd, Rooney C. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ* 2009; **87**:734.
- 47 - Nyamtema AS, Urassa DFP, Pembe AB, Kisanga F, Roosmalen Jv. Factors for change in maternal and perinatal audit systems in Dar es Salaam hospitals, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010, **10**:29-35.
- 48 - Oladapo OT, Adetoro OO, Fakeye O, Ekele BA, Fawole AO, Abasiattai A, Kuti O, Tukur J, Ande A-B-A, Dada OA. National data system on near miss and maternal death: shifting from maternal risk to public health impact in Nigeria. *Reproductive Health* 2009, **6**:8-18.
- 49 - Dumont A, Tourigny C, Fournier P. Improving obstetric care in low-resource settings: implementation of facility-based maternal death reviews in five pilot hospitals in Senegal. *Human Resources for Health* 2009, **7**:61-71.
- 50 - Lefèvre P, Brucato S, Mayaud A, Morello R, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH, Dreyfus M. Évaluation de la mise en place d'une prise en charge régionale des hémorragies du postpartum par un audit des cas graves : étude avant-après (2002–2005). *J.Gynecol. Obstet Biol Reprod.*, 2009, **38** : 209-219.
- 51 - Jo Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A and on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Mobilising financial resources for maternal health. *The Lancet*, 2006, **368**:1457-1465.
- 52 - Hanson K, Nathan R, Marchant T, Mponda H, Jones C, Bruce J, Stephen G, Mulligan J, Mshinda H, Schellenberg JA. Vouchers for scaling up insecticide-treated nets in Tanzania: methods for monitoring and evaluation of a national health system intervention. *BMC Public Health* 2008, **8**: 205.
- 53 - Parker KA, Koumans EH, Hawkins RV, Massanga M, Somse P, Barker K, Moran J. Providing low-cost sexually transmitted diseases services in two semi-urban health centers in Central African Republic (CAR): characteristics of patients and patterns of health care-seeking behavior. *Sexually Transmitted Diseases*. 1999, **26** :508-16.

- 54 - Janisch CP, Albrecht M, Wolfschuetz A, Kundu F, Klein S. Vouchers for health: a demand side outpout-based aid approach to reproductive health services in Kenya. *Global Public Health*, 2010, **22**: 1-17.
- 55 - Ahmed S, Khan MM. A maternal health voucher scheme: what have we learned from the demand-side financing scheme in Bangladesh. *Health Policy Plan*, 2010, **7**.
- 56 - Schmidt JO, Ensor T, Hossain A, Khan S. Vouchers as demand side financing instruments for health care: a review of the Bangladesh maternal voucher scheme. *Health Policy* 2010, **96**: 98-107.
- 57 - Ir P, Horemans D, Souk N, Van Damme W. Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health district in Cambodia *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, **10**:1.
- 58 - Nuraini E, Parker E. Improving knowledge of antenatal care (ANC) among pregnant women: a field trial in Central Java, Indonesia. *Asia Pac J Public Health* 2005, **17**:3-7.
- 59 - Mushi D, Mpembeni R, Jahn A. Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara rural district in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, **10**:14.
- 60 – Ohnishib M, Nakamura K, Takano T. Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health policy* 2005, **72**:157-164.