

**UNIVERSITE DE NANTES**  
**UFR DE MEDECINE**  
**ECOLE DE SAGES-FEMMES**  
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

# **La Mortalité Maternelle en Guinée**



**Marie BAHUAUD**

Promotion 2001-2005

Directeur de mémoire: F. RICHARD

**Mars 2005 N°2**

# ***Avant-propos***

L'idée de ce travail m'est venue à Conakry, capitale de la République de Guinée, au cours d'un stage de six semaines au sein de la maternité de l'hôpital Donka. Du 21 juillet au 1<sup>er</sup> septembre 2004, je fus plongée avec deux amies étudiantes sages-femmes pour la première fois au cœur d'un hôpital africain. Cette expérience de terrain inestimable m'a ouvert cependant les yeux sur un fléau dont je n'avais jusque là pas pris conscience: la mortalité maternelle.

Parfois démunie, d'autres fois scandalisée, j'ai appris à observer, analyser et comprendre. Pourquoi à six heures d'avion de mon pays où les femmes viennent accoucher confiantes, ici enfanter devient un défi ? Au cours de ces six semaines de stage, vingt femmes sont décédées presque sous silence... Ce travail leur est dédié, en espérant lever le voile pour ceux qui ignorent encore l'ampleur de la mortalité maternelle en Guinée.

*« Désormais, une immense plainte m'habite :*

*je sais des choses dont je ne puis prendre mon parti.*

*Quel démon m'a poussé en Afrique ? Qu'allais-je donc chercher dans ce pays ? J'étais tranquille. A présent, je sais, je dois parler. »*

*André Gide*

## ***Abréviations***

ATS	Agent Technique de Santé
BM	Banque Mondiale
CEA	Commission Economique pour l'Afrique
CES	Certificat d'Etude Spécialisée
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FG	Franc Guinéen
FNUAP	Fonds des Nations Unies Pour la Population
GEU	Grossesse Extra Utérine
Hb	Hémoglobine
HCR	Haut Commissariat pour les Réfugiés
HTA	Hyper Tension Artérielle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA/VIH Humaine	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis/Virus de l'Immuno-déficience Humaine
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1. Le contexte guinéen</b> .....	2
1.1 Présentation du pays .....	2
1.1.1 Présentation géographique .....	2
1.1.2 Présentation historique et politique .....	3
1.1.3 Principaux indicateurs .....	4
1.2 Le système de santé guinéen .....	5
1.2.1 Politique de santé .....	5
1.2.2 Infrastructures sanitaires .....	5
1.2.3 Les ressources humaines .....	7
1.2.4 Forces et faiblesses du système de santé guinéen .....	8
1.3 Les préoccupations actuelles du pays .....	9
1.3.1 La pauvreté .....	9
1.3.2 Le problème de l'eau .....	10
1.3.3 L'éclairage .....	10
<b>2. Bilan actuel de la mortalité maternelle</b> .....	11
2.1 La mortalité maternelle : un fléau mondial .....	11
2.1.1 Définition de la mortalité maternelle .....	11
2.1.2 Les indicateurs de mortalité maternelle .....	12
2.1.3 Les difficultés de mesure .....	13
2.1.4 Les méthodes d'estimation de la mortalité maternelle .....	13
2.1.5 La mesure des progrès vers une amélioration de la santé maternelle. ....	17
2.2 Les estimations de la mortalité maternelle en Guinée .....	18
2.2.1 La référence guinéenne : l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) .....	18
2.2.2 Les estimations OMS/UNICEF .....	19
2.2.3 Estimations des indicateurs de processus .....	21

2.3 Les principales causes directes de la mortalité maternelle guinéenne. ....	22
2.3.1 Les ruptures utérines .....	23
2.3.2 La pré-éclampsie / éclampsie .....	24
2.3.3 Les infections puerpérales .....	26
2.3.4 Les avortements compliqués .....	27
2.3.5 L'hémorragie .....	28
2.3.6 La dystocie .....	29
2.3.7 La grossesse extra-utérine .....	31
2.4 Les principales causes indirectes de la mortalité maternelle guinéenne. ....	32
2.4.1 Le VIH/SIDA .....	32
2.4.2 Le paludisme .....	34
2.4.3 L'anémie.....	34
2.5 Les facteurs associés. ....	35
2.5.1 Le retard à la décision de consulter les services de santé.....	35
2.5.1.1 Une fécondité élevée non assimilée à une nécessité médicale.....	35
2.5.1.2 La faible préparation à l'accouchement des familles et des communautés.....	36
2.5.1.3 La non reconnaissance des signes de danger .....	36
2.5.2 Le retard à atteindre l'établissement de santé .....	37
2.5.2.1 Le manque et la mauvaise répartition des établissements.....	37
2.5.2.2 Les infrastructures routières .....	37
2.5.3 Le retard à recevoir les soins appropriés après l'arrivée dans le service .....	38
2.5.3.1 Le personnel .....	38
2.5.3.2 La pénurie de matériel, de médicaments et de sang.....	40
3. Vers une réduction de la mortalité maternelle, cas de la maternité d'un hôpital national guinéen : Donka (Conakry).....	41
3.1 Donka, un pilier sanitaire .....	41
3.1.1 L'environnement politique en matière de santé maternelle .....	41
3.1.2 L'environnement géographique et sanitaire de Donka .....	41
3.1.3 Fonctionnement de la maternité .....	43
3.1.4 Prise en charge d'une parturiente .....	45
3.2 Les moyens à disposition pour une diminution de la mortalité maternelle.....	47
3.2.1 Ouverture de dossiers obstétricaux et archivage.....	47

3.2.2 La formation sur le partogramme.....	48
3.2.3 Les consultations prénatales.....	49
3.2.4 Les kits d'urgence .....	50
3.2.5 Le staff.....	51
3.3 Analyse des dossiers des décès maternels du 1 <sup>er</sup> janvier au 1 <sup>er</sup> septembre 2004 à Donka .....	52
3.3.1 Méthode.....	52
3.3.2 Résultats .....	52
3.3.3 Commentaires.....	55
3.3.4 Conclusion.....	58
 Perspectives.....	 59
 <i>Conclusion</i> .....	 <i>60</i>

***Bibliographie***

***Annexes***

# *Introduction*

La grossesse et l'accouchement s'inscrivent dans un processus physiologique, pourtant ils ne sont pas dénués de risques. Des complications allant jusqu'au décès de la mère ou de l'enfant peuvent survenir dans tous les pays et toutes les populations. Les pays développés ont atteint un seuil relativement faible de décès maternels, même si aucun niveau ne saurait s'avérer acceptable. Les pays à faibles revenus payent encore un lourd tribut à ce drame. Le ratio des premiers est de 20 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, alors que celui des seconds atteint 440 décès pour 100.000 naissances vivantes. 529.000 femmes meurent chaque année dans le monde dont 99,6% dans les pays en développement [1]. Le continent africain, avec 47% du nombre de décès mondiaux, est particulièrement touché. En Afrique subsaharienne, une femme a un risque de 1 sur 16 de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement contre 1 sur 2800 pour une femme dans un pays développé [1].

La Guinée n'est pas épargnée par ce constat alarmant. Depuis la conférence sur la Maternité sans Risque qui s'est déroulée en 1987 à Nairobi, le gouvernement guinéen accorde une attention soutenue au problème de la mortalité maternelle dans leur pays. Seulement son processus est complexe et nécessite un long travail d'évaluation, d'analyse puis de recommandations et de réformes. La prise de conscience récente demande un délai, les améliorations ne pourront ainsi s'observer qu'à long terme. En 2000, la Guinée s'est fixée l'objectif de réduire de 50% la mortalité maternelle d'ici 2010 [2]. A mi-parcours, ce mémoire tente de faire le bilan et d'exposer les principales difficultés.

Après une présentation du contexte guinéen, nous aborderons les méthodes d'évaluation : comment estimer la mortalité maternelle dans un pays ne possédant pas de registre d'état civil ? Ensuite, nous dégagerons les étiologies et les facteurs associés des décès. Puis nous verrons, à travers le cas d'un hôpital national, comment ces données peuvent servir à développer des moyens d'amélioration de la santé maternelle dans le but de réduire l'importante mortalité maternelle.

# 1. Le contexte guinéen



## 1.1 Présentation du pays

### 1.1.1 Présentation géographique



La République de Guinée est située sur la côte occidentale de l'Afrique, à mi-distance entre l'équateur et le tropique du Cancer. Sa superficie est de 245.852 km<sup>2</sup> (environ la moitié de la France) et représente un arc de cercle, limitrophe à de nombreux pays. Ce sont successivement : la Guinée-Bissau, le Sénégal, le Mali, la Côte d'Ivoire, le Libéria et la Sierra Leone. La capitale, Conakry, est située sur la côte Atlantique et regroupe 15% de la population nationale (environ 1 million d'habitants).



### 1.1.2 Présentation historique et politique

Les frontières actuelles de la Guinée datent de la fin du siècle dernier, époque à laquelle la France met fin à la résistance de l'ethnie Malinké menée par le puissant Almany Samory Touré et signe avec l'Angleterre, l'Allemagne et le Portugal des traités de partage des côtes africaines.

L'essor économique dont témoigne le développement des infrastructures et le bilan positif de la balance commerciale du pays sous l'administration française est le reflet de l'investissement des colons français et libanais. Malheureusement, il ne va pas de pair avec l'amélioration des conditions de vie des Guinéens qui fournissent une main-d'œuvre bon marché aux mines de bauxite et aux plantations de riz.

Sékou Touré, syndicaliste, puis parlementaire gagne l'indépendance de son pays en octobre 1958 en s'opposant ouvertement au Général De Gaulle : « Nous préférons la liberté dans la pauvreté à la richesse dans l'esclavage. » [3]. La Guinée accède à l'indépendance mais la rupture avec la France est si brutale que le pays doit chercher de l'aide auprès des pays de l'Europe de l'Est et de l'Union soviétique. Sékou Touré met en place un régime de parti unique et un système socialiste strict [4].

La deuxième République naît en 1984, à la mort de Sékou Touré. Lansana Conté, l'actuel président de la république, met en place un Comité Militaire de Redressement National. Le pays s'ouvre vers l'extérieur et s'oriente résolument vers la démocratie.

Les guerres déclenchées au Liberia en 1989 et en Sierra Léone en 1991 contraignent à l'exil des milliers de personnes qui trouvent dans les pays limitrophes une terre d'accueil. La Guinée, hospitalière de tradition accueille sur son sol 800.000 réfugiés (environ 10% de la population totale). En 1990, le Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (HCR) met en place des bureaux afin d'aider le million de réfugiés errant entre le Libéria et la Sierra Léone. Depuis plus de dix ans, l'afflux massif de réfugiés en Guinée soulève de nombreux problèmes : aggravation des tensions politiques, développement croissant de l'insécurité intérieure, recrudescence de trafics, dégradation de l'environnement, surexploitation des sols et accentuation de la pauvreté humaine [5].

### 1.1.3 Principaux indicateurs

Tableau 1 : Indicateurs généraux nationaux de Guinée

<b>Données démographiques</b>	
Population	8.400.000 (1)
Pourcentage de la population des moins de 15 ans	44% (1)
Densité	34 hab/km <sup>2</sup>
Taux brut de natalité	39,7 pour 1.000 (2)
Taux brut de mortalité	14,2 pour 1.000 (3)
Mortalité infantile (pour mille naissances vivantes)	109 pour 1.000 NV (1)
Ratio de mortalité maternelle ajusté (pour cent milles naissances vivantes)	740 pour 100.000 NV (1)
Indice synthétique de fécondité	5,8 (1)
Taux de croissance démographique annuelle	2,7% (1)
Espérance de vie à la naissance	48,9 (1)
<b>Données économiques (1)</b>	
PIB global (en milliards dollars)	3,2
PIB par habitant (en dollars)	415
Dépenses publiques de santé (en pourcentage du PIB)	1,9%
<b>Données sociales et environnementales (4)</b>	
Taux d'analphabétisme des plus de 15 ans	77,5%
	soit chez les hommes 62,1%
	soit chez les femmes 90,1%
Taux de scolarisation	47,5%
Taux d'urbanisation	33%
Accès à l'eau courante	18,7%
Accès à l'eau potable	46,3%
	Conakry 79,5%
	Milieu urbain intérieur 49,3%
	Milieu rural 45%
Revenu mensuel moyen par ménage	159.000 FG (96 €)
Revenu annuel moyen par habitant	289.000 FG (174 €)
Classement par pays selon l'Indice de Développement Humain	160ème /177 pays (1)
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté absolue (300 \$/an)	40,3%
Population vivant au-dessous du seuil d'extrême pauvreté (176 \$/an)	13%

Sources:

- (1) Rapport mondial sur le développement humain 2004
- (2) République de Guinée. Synthèse par pays. PNUD. Décembre 2002
- (3) Agence du Système des Nations Unies en Guinée. Bilan commun pays. Décembre 2000.
- (4) Enquêtes Intégrales sur les Conditions de vie des Ménages. 1994/95  
Rapport final - Direction Nationale de la Statistique

## 1.2 Le système de santé guinéen

### 1.2.1 Politique de santé

Suite à la première Conférence Nationale de Santé organisée en 1984 révélant la situation sanitaire catastrophique du pays, le système de santé est libéralisé et la Stratégie de Soins de Santé Primaire affirmée comme pilier de la Politique Nationale de Santé. Ses trois instruments principaux : les Soins de Santé Primaire (SSP), le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et les Médicaments Essentiels (ME) sont réellement lancés en 1988 avec l'appui de l'UNICEF, l'OMS, d'agences de Coopération et d'ONG [6].

Déjà adhérente à la déclaration d'Alma Ata depuis 1978, la Guinée souscrit ensuite à l'Initiative de Bamako en 1987.

En 1990, dans la logique de l'articulation entre les centres de santé et les hôpitaux, le processus de la Réforme Hospitalière est enclenché.

En février 2000, tenant compte de l'évolution de la situation sur le terrain, la revue du système de santé est organisée dans le but de relever quatre défis majeurs :

- L'accès universel aux soins en vue de réduire les exclusions sociales
- L'amélioration de la qualité des soins et des services avec l'observance de standards internationalement reconnus et socialement acceptés
- La consolidation et la pérennisation des acquis organisationnels et structurels
- Le contrôle du paludisme et des maladies émergentes et réémergentes, notamment les IST-SIDA et la tuberculose

L'objectif général est de contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population.

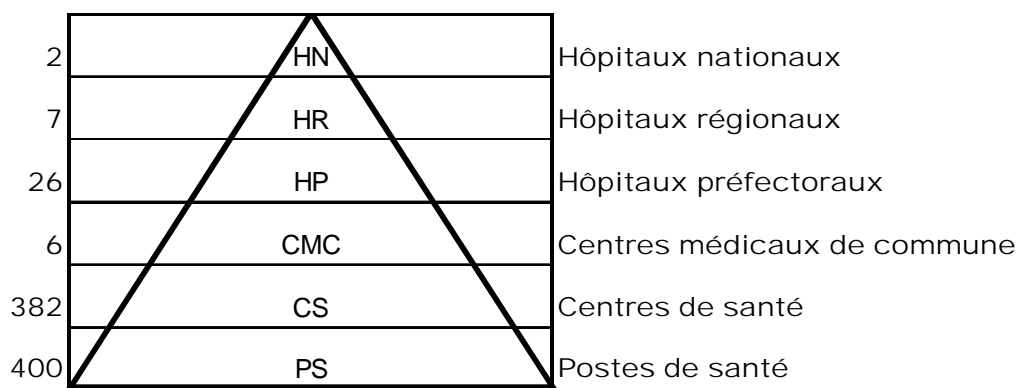
### 1.2.2 Infrastructures sanitaires

Les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs public et privé. Elles s'organisent selon une structure calquée sur le découpage administratif. Ainsi, on distingue trois niveaux : national ou central, régional ou intermédiaire, préfectoral ou périphérique.

### ► Le secteur public

La pyramide sanitaire ci-dessous montre, par type, le nombre des structures du secteur public.

Figure 1: Pyramide sanitaire, Guinée



Source : Rapport de l'évaluation nationale des besoins en soins obstétricaux d'urgence en République de Guinée -UNICEF- juillet 2004 [7]

L'ensemble de ces établissements se divise en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire est constitué d'établissements de soins de base (CS et PS) dont les activités correspondent au Paquet Minimum d'Activité (consultations curatives, consultations prénatales, suivis d'accouchements, vaccination,...). Le niveau secondaire est représenté par les centres médicaux de commune, les hôpitaux préfectoraux et régionaux, dont l'activité s'articule autour de la médecine générale, la pédiatrie, la chirurgie, la maternité, du laboratoire et de la pharmacie. Enfin, le niveau tertiaire est constitué par les deux hôpitaux nationaux, Ignace Deen et Donka, situés à Conakry. Leur niveau d'équipement est insuffisant par rapport à leur vocation de structure de référence. Leurs activités menées sont à la fois primaires, secondaires et tertiaires, ce qui les détourne de leur rôle de référence [8].

### ► Le secteur privé

L'offre de soins privée, d'apparition récente, comprend les structures formelles faisant l'objet d'une accréditation par le Ministère de la Santé, les structures informelles (non agréées) et la médecine traditionnelle. Actuellement ce secteur compte :

- 2 hôpitaux d'entreprises
- 8 polycliniques

- 8 cliniques médico-chirurgicales
- 219 cabinets de consultations médicales

Le secteur informel est en pleine extension et dépasse actuellement le nombre de structures agréées, ce qui crée une concurrence déloyale et une déréglementation de l'activité médicale. Par définition, ce secteur est très peu structuré et très hétérogène : on y retrouve des structures de soins à temps plein ou des consultations occasionnelles réalisées par des agents du secteur public ou encore des agents non agréés [9].

### 1.2.3 Les ressources humaines

#### ► Les différentes professions médicales

Selon le rapport « La situation du personnel en Guinée » réalisé par le Ministère de la Santé Publique en 2002, le pays compte 6.679 personnes réparties en personnel soignant (82,2%) et personnel de soutien (17,8%). Le tableau 2 récapitule l'effectif national des principales catégories professionnelles et leur répartition dans la capitale du pays [8]. On note une forte concentration du personnel soignant dans la capitale. Alors que Conakry abrite 15% de la population, 47% des sages-femmes et 40% des médecins exercent dans la capitale.

Tableau 2 : Ressources humaines

	Médecins	Sages-femmes	Infirmiers	Agents Techniques de Santé	Pharmaciens
Effectif national	764	299	979	2.527	142
Pourcentage exerçant à Conakry	40,8%	47,5%	35,6%	13,7%	36,6%

Sources : Ministère de la Santé Publique, République de Guinée. Plan National de Développement Sanitaire. 2003/2012.

Les Agents Technique de Santé (ATS) sont des infirmiers auxiliaires. Leur mission est de réaliser les soins aux patients (par exemple les pansements, les toilettes) mais aussi l'entretien des locaux. Souvent, par manque d'infirmiers, ils sont amenés à dépasser leurs compétences [10]

### ► **Le ratio professionnel de santé**

En terme de ratio agents de santé/nombre d'habitants, on compte un médecin pour 10.941 habitants, une sage-femme pour 27.956 habitants. Le déséquilibre quantitatif se caractérise par l'excès de certaines professions selon les normes OMS (médecins {1 pour 10.000 habitants}, ATS par exemple) contre l'insuffisance d'autres catégories (sages-femmes). A cela, s'ajoute un déséquilibre de distribution entre milieu urbain et rural et un déséquilibre qualitatif lié au faible niveau des élèves au recrutement, aux faibles conditions d'encadrement et à l'inéquation entre les compétences des soignants et les fonctions qu'ils assument [8].

### ► **L'organisation du personnel médical**

La distribution du personnel médical n'est que théoriquement prédéfinie. Sur le terrain se combine une mobilité selon le réseau relationnel entraînant un mélange ponctuel et transitoire, à tous les échelons professionnels. Les soignants exerçant dans le secteur public peuvent être amenés à combiner un emploi éphémère ou continu dans des cliniques privées et, à l'inverse, des professionnels de cliniques peuvent parfois venir réaliser un accouchement, par exemple, à l'hôpital. Chaque soignant, y compris le personnel retraité, continue de pratiquer parallèlement des consultations, des soins ou des accouchements à domicile selon ses compétences ou sa renommée [11].

## 1.2.4 Forces et faiblesses du système de santé guinéen

### ► **Les Atouts [8]**

- Une politique encadrée

Il existe un cadre sectoriel reposant sur la déconcentration avec une répartition des responsabilités entre les niveaux central, régional et préfectoral. Des textes juridiques sont élaborés définissant le statut des différents établissements de santé.

La politique pharmaceutique est définie avec l'établissement d'une liste nationale des médicaments essentiels génériques.

- Un financement en partie communautaire

Le système de recouvrement des coûts est pratiqué et contribue à la pérennité du fonctionnement des structures. La politique tarifaire basée sur le forfait permet, théoriquement, de limiter les incertitudes quant au montant à payer pour l'utilisation des services.

## ► Les faiblesses [8]

Malgré l'énergie déployée pour faire évoluer la santé guinéenne, le bilan sanitaire reste très lourd. En 2004, l'espérance de vie à la naissance est de 48,9 ans. Comme d'autres pays de la sous-région, le système de santé guinéen comporte de nombreuses faiblesses. Les principales sont :

- un manque de coordination des activités
- un manque d'intégration des programmes
- un système de soins trop centralisé
- une dépendance financière vis-à-vis de l'extérieur trop importante
- un faible budget public de la Santé (4% du budget national)
- le sous-équipement des structures de soins, surtout celles de références
- le déséquilibre quantitatif et qualitatif du personnel, ainsi que la mauvaise répartition
- des prestations incomplètes et de qualité insuffisante
- une faible disponibilité en produits pharmaceutiques
- un système de recouvrement des coûts ne prenant pas en compte les disparités économiques et auquel s'ajoute couramment une sur tarification.

## 1.3 Les préoccupations actuelles du pays

### 1.3.1 La pauvreté

Quarante pour cent de la population guinéenne vit en dessous du seuil de pauvreté absolue et 13 % dans un état de pauvreté extrême. Le revenu annuel moyen par personne est de 289.164 FG (174 €) [12]. Les Guinéens consacrent la majorité de leur budget à l'alimentation et, après les dépenses de logement, ne peuvent orienter qu'une part minimale, voire nulle, de leurs ressources aux soins médicaux et à l'éducation de leurs enfants.

Cette paupérisation entraîne une recrudescence de la mendicité, des vols, de la corruption et plonge le pays dans un climat d'insécurité.

C'est donc dans ce contexte que le gouvernement s'est lancé en 2000 dans un Programme Stratégique de Réduction de la Pauvreté, qui devrait engendrer une amélioration sanitaire.

### 1.3.2 Le problème de l'eau

En Guinée, seulement la moitié de la population a accès à de l'eau potable et 19 % est approvisionnée par de l'eau courante (dans un rayon de 500 m). Les rares installations sanitaires, relativement vétustes, ne bénéficient d'aucun entretien et sont le plus souvent en réparation. En matière d'assainissement la situation n'est pas meilleure : 45% des ménages ne disposent d'aucun système de gestion des excréta humains [12].

Ces facteurs favorisent la persistance de l'insalubrité de l'habitat et de l'environnement, le risque de contamination fécale et la prolifération des vecteurs responsables des maladies fréquentes tels le paludisme, les maladies diarrhéiques et les parasitoses.

### 1.3.3 L'éclairage

Compte tenu de la défaillance des réseaux et des installations électriques, le pays se plonge dès 19 heures dans l'obscurité presque totale. La lampe tempête et la bougie sont les moyens d'éclairage les plus utilisés [12]. La société gérant le secteur électrique ne touche que 7% des Guinéens et a été rebaptisée par la population « la société des longues nuits sombres » à cause des multiples coupures intempestives (15 à 20 coupures par jour d'une durée de 10 minutes à plusieurs heures). Celles-ci laissent bien sûr le personnel médical privé des rares appareils électriques (aspirateur, scialytique).

Ainsi, le travail en milieu hospitalier prend une autre tournure la nuit quand les césariennes en urgence doivent se dérouler à la lampe torche. A Donka, le groupe électrogène ne fonctionne plus et faute de budget pour la réparation, l'hôpital se retrouve depuis des mois sans courant pendant les coupures d'électricité.



## 2. Bilan actuel de la mortalité maternelle

### 2.1 La mortalité maternelle : un fléau mondial

Le risque de mourir pour les mères lors de la grossesse ou de l'accouchement resta longtemps sous silence. Ce n'est que dans les années quatre-vingt que les agences des Nations Unies et les professionnels commencèrent à se mobiliser. De nombreuses études furent lancées de par le monde et leur bilan unanime s'avéra catastrophique, particulièrement dans les pays en développement. Face à ce drame humain longtemps négligé, l'initiative pour une Maternité Sans Risque fut lancée en 1987 à Nairobi (Kenya). Avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Banque mondiale et du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), une centaine d'instances internationales, de spécialistes de question de santé, d'experts en développement et de décideurs de plus de 45 pays ont défini les stratégies d'une maternité sans risque.

Réduire la mortalité maternelle mondiale de moitié avant 2000 faisait partie des objectifs de la Conférence tenue à Nairobi. Cependant cet objectif quantitatif posa le problème de la fiabilité des estimations de la mortalité maternelle.

#### 2.1.1 Définition de la mortalité maternelle

- « La mortalité maternelle correspond au décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elle 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 » [13].

- Les décès maternels se subdivisent en deux groupes:

- Les décès par cause obstétricale directe : ils résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant de l'un des quelconques facteurs ci dessus.

- Les décès par cause obstétricale indirecte : ils résultent d'une pathologie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

## 2.1.2 Les indicateurs de mortalité maternelle

Les indicateurs les plus courants correspondent aux suivants [14] :

- Le **Ratio de Mortalité Maternelle (RMM)** représente le risque associé à chaque grossesse, ou risque obstétrical. Il s'agit du nombre de décès maternels survenant pendant une période donnée pour 100.000 naissances vivantes pendant la même période. Bien qu'on ait toujours parlé de taux à ce sujet, il s'agit en fait d'un rapport qui est maintenant désigné comme tel par les chercheurs. C'est l'indicateur le plus couramment utilisé.

Il faut noter que pour le ratio de mortalité maternelle, le dénominateur approprié serait le nombre total de grossesses (naissances vivantes, morts fœtales, avortements provoqués et spontanés, grossesses extra-utérines et molaire). Malheureusement, ce chiffre est rarement disponible, aussi bien dans les pays en développement où ont lieu la plus grande partie des naissances, que dans les pays développés. C'est pourquoi on utilise généralement comme dénominateur le nombre des naissances vivantes, pour une meilleure comparaison internationale.

- Le **Taux de Mortalité Maternelle (TMM)** qui mesure à la fois le risque obstétrical et la fréquence d'exposition à ce risque, correspond au nombre de décès maternels survenant pendant une période donnée (généralement par an) pour 100.000 femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49ans).

- Le **Risque de décès maternel sur la durée de la vie** tient compte à la fois de la probabilité d'une grossesse et de la probabilité de décéder à la suite de cette grossesse pendant toute la période féconde d'une femme. Toutefois, il prend également en compte le risque accumulé avec chaque grossesse. On peut faire une estimation du risque de décès sur la durée de la vie en multipliant le taux de mortalité maternelle par la durée de la période féconde (environ 35 ans).

### 2.1.3 Les difficultés de mesure

Paradoxalement, les situations dans lesquelles le problème de la mortalité maternelle est le plus aigu sont précisément celles où ce problème a le moins de chance d'être mesuré avec exactitude [15].

- La sous-notification des décès

Dans les pays en voie de développement, il est fréquent que les femmes décèdent à domicile ou du moins hors des structures de soins, rendant alors le recensement difficile. De plus, les éventuelles données hospitalières ne prennent pas toujours en compte l'état de grossesse.

- Les difficultés et les erreurs de classification

Dans les pays industrialisés comme dans ceux en développement, les décès ne sont pas toujours faciles à classer. La cause du décès n'est pas systématiquement évidente ou son lien de cause à effet vis-à-vis de la grossesse n'apparaît pas certain. Les décès les plus couramment inexacts lors la notification correspondent aux avortements, à la survenue en début de grossesse (grossesse ectopique, grossesse molaire), dans le post-partum ou se produisant dans un autre service que celui d'obstétrique (soins intensifs, réanimation) [16]. De plus, l'omission peut être délibérée, par exemple pour dissimuler une responsabilité ou un avortement clandestin.

- La faible fréquence des décès maternels

Même dans les pays à forte mortalité maternelle, le nombre de décès maternel est relativement peu élevé. Ainsi statistiquement, il est nécessaire pour les méthodes d'estimation par enquêtes d'utiliser un échantillon très important pour obtenir des données significatives. Seulement, plus l'échantillon est important, plus l'enquête devient longue et difficile à mettre en place, ce qui majore considérablement les coûts.

### 2.1.4 Les méthodes d'estimation de la mortalité maternelle

Pour évaluer la mortalité maternelle, il est indispensable de connaître sur une période choisie le nombre de décès de femmes en âge de procréer (15-49 ans), la cause et date de chaque décès et si la femme était enceinte ou l'avait récemment été au moment du décès. Par ailleurs,

le ratio de mortalité maternelle nécessite aussi des données sur les naissances survenant durant cette même période.

- Les méthodes directes des données d'état civil

Les méthodes directes d'évaluation reposent sur les registres d'état civil. Or peu de pays en développement sont dotés d'un système fiable d'enregistrement des faits d'état civil. Les pays réussissant à tenir un registre d'enregistrement des naissances et décès, ne possèdent généralement de données ni sur l'existence d'une grossesse ni sur la cause du décès.

Des études ont tenté d'y associer des données hospitalières ou des entretiens avec le personnel soignant mais sans beaucoup plus de fiabilité. Les données hospitalières sont limitées par un biais de sélection involontaire des femmes adressées en urgence pour des complications et de la prise en charge majoritaire des femmes à risques. Le taux brut de mortalité maternelle hospitalière ne donne qu'une indication mais ne constitue en rien une référence [15].

- La méthode des sœurs

Deux variantes de la méthode sont disponibles :

- Méthode indirecte

La plus ancienne est la méthode d'estimation indirecte. Elle consiste à interroger une population de femmes en âge de procréer. Le questionnaire comporte des questions simples concernant "le nombre de leurs sœurs ayant atteint l'âge adulte, le nombre de leurs sœurs décédées et, parmi celles-ci, le nombre de celles qui étaient enceintes au moment du décès" Cette méthode est beaucoup plus économique car elle nécessite un échantillon plus réduit (chaque enquêtée donnant des informations sur plusieurs sœurs) et peut être utilisée en association aux enquêtes générales (diminuant les coûts).

- La méthode directe

Dans cette méthode, les questions concernant les sœurs sont plus détaillées : le nombre ayant atteint l'âge adulte, nombre décédées, âge au moment du décès, année du décès et nombre d'années depuis le décès. L'approche directe nécessite des échantillons de plus grande taille que la méthode originelle et l'organisation d'une étude spécifique ou l'ajout à une enquête générale devenant alors plus longue. De plus, les informations sont beaucoup plus complexes à rassembler et à analyser. Enfin, les questions plus détaillées et complexes demandent une formation particulière auprès des enquêteurs.

Les deux variantes de la méthode ont les mêmes inconvénients. Cette technique ne fournit pas une estimation du niveau actuel de la mortalité maternelle mais correspondante à une période antérieure d'environ dix ans pour la variante indirecte et six ans pour la directe. Cette méthode ne peut donc pas être utilisée pour mesurer des progrès à des échéances rapprochées.

Par ailleurs, elle a été instaurée pour les pays où les liens culturels et familiaux sont très forts, considérant que les sœurs connaissent précisément leur histoire personnelle. Ainsi, utilisée hors de ce contexte, elle fournira des informations nettement sous-estimées.

Enfin, elle permet d'estimer la proportion de l'ensemble des décès de femmes en âge de procréer imputable à la maternité. Dans la mesure où la méthode des sœurs recense la totalité des décès liés à la grossesse, pouvant inclure certains décès dus à des causes accidentelles ou fortuites, elle risque de surestimer la mortalité maternelle. Toutefois, la méthode risque aussi de perdre certains décès maternels précoces (avortements, grossesses ectopiques). On suppose alors que les deux biais s'annulent mutuellement [17] [18].

- La méthode RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey)

En l'absence de données d'état civil, la méthode RAMOS s'avère être la plus fiable. Elle consiste à étudier les causes de tous les décès des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les informations sont issues de multiples sources (registres civils, dossiers des établissements de santé, autorités communautaires, chefs religieux, pompes funèbres, cimetières, enfants scolarisés) et sont complétées par des entretiens avec le personnel soignant, les membres de la famille (autopsie verbale) ainsi que par une étude des dossiers des établissements sanitaires.

Cette méthode apporte ainsi une information très complète et précise. Sa fiabilité a été vérifiée par une utilisation sur des pays industrialisés possédant de bons indicateurs par méthode directe. Cependant, la complexité de sa mise en place et de son coût se trouve être un frein à son emploi diffusé puisque seulement dix pays en développement ont pu en profiter [17].

- Les nouvelles méthodes d'estimations OMS/UNICEF

Pour pallier aux erreurs et incertitudes des méthodes traditionnelles, l'OMS et l'UNICEF ont mis au point une nouvelle méthode adaptée à chaque type de pays. Celle-ci consiste à utiliser deux variables indépendantes largement disponibles : le taux général de fécondité et la proportion d'accouchement effectuée par une personne qualifiée, appliquées selon 5 modèles de classifications des pays. Ces modèles sont textuellement tirés du document "Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle, OMS/UNICEF" [17]:

- Les pays développés qui possèdent des systèmes complets de registres d'état civil et un système relativement satisfaisant d'attribution de la cause de décès : pour ces pays, le taux de mortalité maternelle équivaut au nombre notifié de décès corrigé d'un facteur de 1,5 pour tenir compte du problème bien connu des erreurs de classification des décès maternels.
- Les pays en développement dotés de bons registres des décès mais où le système d'attribution de la cause des décès est médiocre ou inexistant : le modèle est utilisé pour prévoir la proportion de décès de femmes en âge de procréer qui sont liés à la maternité. Cette proportion est ensuite appliquée aux décès de femmes en âge de procréer effectivement enregistrés afin d'obtenir le nombre de décès maternels et le taux de mortalité maternelle.
- Les pays dont les estimations de la mortalité maternelle sont fondées sur le modèle RAMOS : le taux de mortalité maternelle calculé à partir de l'étude RAMOS est utilisé directement sans aucune correction.
- Les pays qui utilisent la méthode des sœurs pour estimer la mortalité maternelle : plusieurs études récentes ont révélé qu'elle sous-estimait la mortalité totale des femmes adultes et sans doute la maternité maternelle aussi. C'est pourquoi, dans ces pays, la proportion de l'ensemble des décès de femmes en âge de procréer imputable à la maternité, observée a été appliquée au nombre total de décès de femmes en âge de procréer. Ce dernier a été calculé d'après les projections démographiques de la Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies (révision 1994) pour l'année 1990, qui sont considérées comme les meilleures estimations de la mortalité des femmes adultes.
- Les pays qui ne disposent d'aucune estimation de la mortalité maternelle : pour les pays qui n'ont aucune information précise sur le nombre de décès et ne disposent d'aucune estimation directe ou indirecte de la mortalité maternelle, le modèle est utilisé pour estimer la proportion de décès de femmes en âge de procréer liés à la maternité et appliquer ensuite cette proportion aux projections de la mortalité des femmes adultes de l'ONU pour 1990 pour calculer un taux de mortalité maternelle.

Cependant, ces estimations différant considérablement des chiffres officiels, comportent de grandes marges d'erreur et ne peuvent être utilisées comme référence. Elles n'apportent qu'un ordre de grandeur, illustrant l'ampleur du problème. En aucun cas, elles ne peuvent être utilisées pour observer les tendances sur une donnée de moins de dix ans.

## 2.1.5 La mesure des progrès vers une amélioration de la santé maternelle.

Depuis la prise de conscience de l'ampleur de la mortalité maternelle, la plupart des pays ont développé des programmes avec une composante "Maternité sans risque". Cependant il s'avère que les indicateurs de mortalité maternelle ne constituent pas de bons instruments pour évaluer les améliorations et les impacts de ces derniers. Dans ce but, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP ont établi un ensemble d'indicateurs, dits "de processus", plus pertinents afin d'évaluer l'accès, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux : par exemple, le nombre de services fournissant des Soins Obstétricaux Essentiels, la proportion de naissances assistées par du personnel qualifié ou la proportion de césariennes sur l'ensemble des naissances.

- Les Soins Obstétricaux Essentiels

Les structures sanitaires sont classées selon des fonctions essentielles prédéfinies par l'OMS et l'UNICEF. Elles se répartissent selon deux catégories de fonctions [19] :

- Les Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) sont des structures qui développent les activités suivantes :
  - L'administration d'antibiotiques par voie intra-veineuse ou intramusculaire
  - L'administration des ocytociques par voie intra-veineuse ou intramusculaire
  - L'administration de sédatifs / anti-convulsivants par voie intra-veineuse ou intramusculaire
  - La délivrance artificielle du placenta
  - L'évacuation utérine manuelle ou par curetage
  - L'accouchement par voie basse instrumental
- Les Soins Obstétricaux d'Urgence Complètes (SOUC) qui, en plus des activités des SOUB, développent deux activités supplémentaires :
  - La chirurgie (césarienne)
  - La transfusion sanguine

Il est recommandé pour 500.000 habitants au moins 4 établissements fournissant des SOUB (bien répartis géographiquement) et au moins 1 établissement fournissant des SOUC.

- Les naissances accouchées par du personnel qualifié

Cet indicateur pose un réel problème de définition. En effet, chaque pays pourrait donner sa propre définition et sa propre adaptation. Ainsi, dans un souci de comparaison, il a été statué qu'un(e) accoucheur(euse) qualifié(e) désigne exclusivement « une personne ayant les compétences obstétricales (par exemple des médecins, des sages-femmes ou des infirmiers) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer, prendre en charge ou transférer des complications obstétricales ». Les termes “prendre en charge” et “complications” obstétricales sont évidemment aussi définis et une liste des compétences minimales et additionnelles est disponible [20].

## 2.2 Les estimations de la mortalité maternelle en Guinée

### 2.2.1 La référence guinéenne : l'Enquête Démographique et de Santé (EDS)

La Guinée appartient au groupe des pays ne possédant pas de registres précis d'état civil. Devant la nécessité croissante d'obtenir une estimation fiable de la mortalité maternelle guinéenne, le pays s'est lancé en 1992 et en 1999 dans la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé, grâce à des financements internationaux. La préparation et l'exécution technique de celles-ci ont été entièrement supervisés par *Measure DHS +* (fondé par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International – USAID).

L'Enquête Démographique et de Santé de 1999 constitue les données nationales officielles les plus récentes citées dans tout document sanitaire. L'échantillon pour les enquêtes individuelles se chiffre à 6.753 femmes âgées de 15 à 49 ans, représentatif de la population. L'étude porte sur les années 1992 à 1999.

Les estimations de la mortalité maternelle sont obtenues par les deux variantes, directe et indirecte, de la méthode des sœurs.



Tableau 3: Résultats de l'EDS, 1999

Ratio de Mortalité Maternelle (méthode directe)	528 / 100.000 naissances vivantes
Accouchements assistés par du personnel qualifié	35%
Pourcentage de naissances par césarienne	2%
Pourcentage de grossesses ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale.	71%

Source: EDS 1999 [21]

Cependant, il faut savoir que le Ratio de Mortalité Maternelle retenu correspond au résultat obtenu par méthode directe. L'estimation indirecte du ratio est de 659 décès pour 100.000 naissances vivantes. Etant donné le degré d'erreur de sondage associé à ces estimations, ces deux rapports ont été considérés comme très voisins. Globalement, il a été conclu que le ratio se situait entre 530 et 650 décès pour 100.000 naissances vivantes, durant les années 1992 à 1999.

## 2.2.2 Les estimations OMS/UNICEF

- Estimations pour 1990

En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont revu toutes les estimations de mortalité maternelle de 1990 par pays. Pour la Guinée, il a donc été appliqué la variable « proportion des décès des femmes en âge de procréer imputable à la maternité » au nombre fiable de femmes en âge de procréer. Les résultats sont rapportés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Estimations révisées de mortalité maternelle en Guinée pour 1990

Ratio de Mortalité Maternelle	1.600 / 100.000 naissances vivantes
Nombre de décès maternels	4.700
Risque de décès maternel sur la durée de la vie	1 sur 7

Source : Estimations révisées pour 1990 de la Mortalité maternelle. Nouvelles méthodologies OMS/UNICEF. 1996 [17].

Ce ratio diffère considérablement de la référence nationale mais il est important de le nuancer. Il ne représente qu'un ordre d'idée.

- Estimations pour 2000

En 2004, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP publient une nouvelle estimation de la mortalité maternelle par pays pour l'année 2000, utilisant les mêmes méthodes. Les résultats sont rapportés dans le tableau 5.

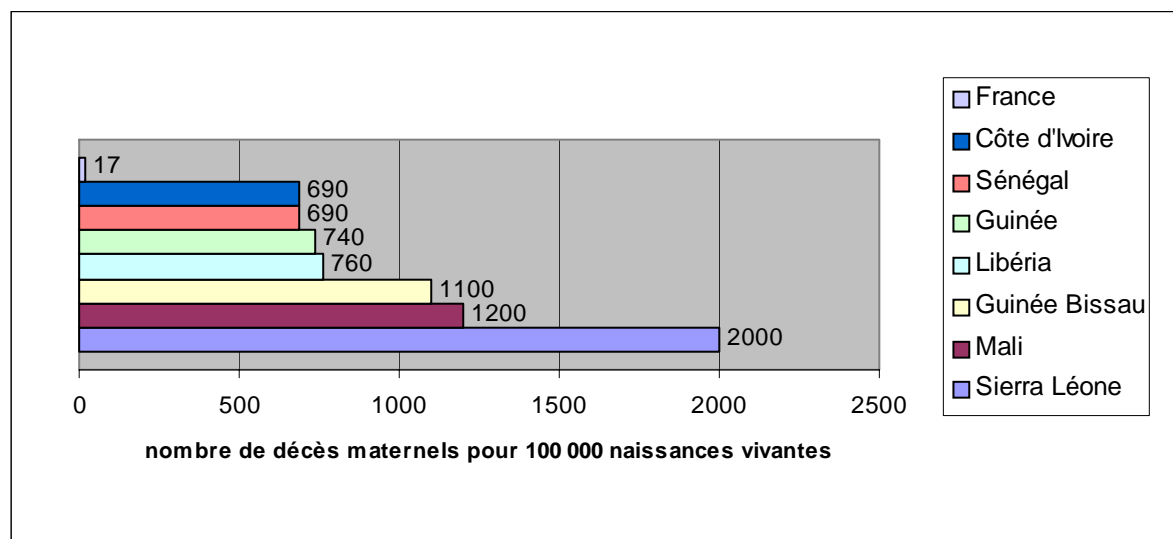
Tableau 5 : Estimations de la mortalité maternelle en Guinée pour 2000

Proportion des décès des femmes en âge de procréer imputable à la maternité	30%
Nombre de décès maternels	2.700
Risque de décès maternel sur la durée de la vie	1 sur 18
Ratio de mortalité maternelle	740 / 100.000 naissances vivantes

Source : Maternal Mortality in 2000, OMS/UNICEF/UNFPA [1]

Pour replacer les estimations pour la Guinée dans un contexte mondiale, la figure 2 compare la Guinée aux pays limitrophes et à la France.

Figure 2 : Ratio de Mortalité Maternelle par pays, 2000



Source : Maternal Mortality in 2000, OMS/UNICEF/UNFPA [18]

### 2.2.3 Estimations des indicateurs de processus

Afin d'estimer quelques indicateurs de processus de la mortalité maternelle, l'UNICEF en accord avec le gouvernement guinéen a effectué une évaluation nationale des besoins en obstétrique d'urgence [5]. Cette enquête rétrospective transversale couvrant la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2002, a été accomplie sur un échantillon aléatoire de structures sanitaires publiques et privées, totalisant 12.679 accouchements.

Les résultats ont été comparés aux indicateurs des Nations Unis considéré comme minimum acceptable.

Ainsi, pour un besoin minimum pour le pays de 70 structures SOUB et de 18 structures SOUC, l'évaluation rapporte aucune structure SOUB et 21 structures SOUC. Ceci est dû en grande partie à la politique nationale qui n'autorise pas le développement de deux fonctions (administration d'ocytocique et accouchement instrumental) au niveau des centres de santé. Il faut aussi noter que les structures SOUC, malgré leur nombre suffisant sont inégalement réparties dans le pays.

Les autres indicateurs de processus s'avèrent très inférieurs aux données de l'EDS de 1999 :

- 15% d'accouchements assistés par du personnel qualifié pour un minimum acceptable de 15% (normes OMS/UNICEF/UNFPA)
- 21% de complications obstétricales prises en charge pour un minimum acceptable de 100%
- 0,8% de césariennes pour un minimum acceptable de 5%
- 7% de létalité (pourcentage de décès parmi les femmes présentant des complications) pour un minimum acceptable de 1%

Cette évaluation récente rapporte donc l'importance des efforts restant à fournir par l'état et ses partenaires afin de poursuivre l'amélioration de la santé maternelle.

## 2.3 Les principales causes directes de la mortalité maternelle guinéenne.

De nombreuses études et évaluations ont été réalisées au niveau national et international sur les causes de la mortalité maternelle guinéenne, mais elles sont généralement centrées sur une partie du pays, voire uniquement sur les hôpitaux nationaux. Ainsi, les résultats, aussi fiables soient-ils ne représentent pas le pays dans sa globalité, son hétérogénéité géographique et sanitaire n'étant pas prise en compte.

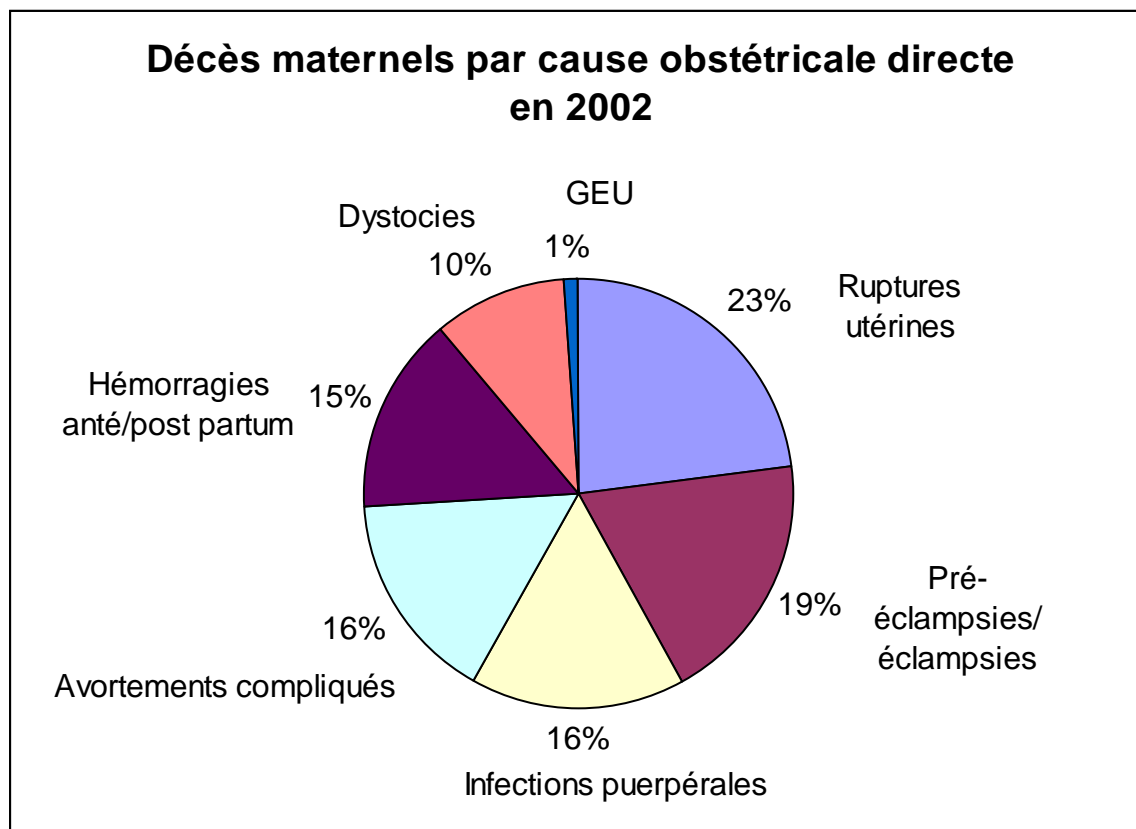
C'est pourquoi, nous préférons nous référer au « Rapport de l'évaluation nationale des Besoins en Soins Obstétricaux d'Urgence en République de Guinée » [7], réalisé par UNICEF.

- Causes directes de mortalité maternelle :

Elles représentent 60% des causes de décès maternels et se répartissent selon les proportions suivantes :

- 23% de ruptures utérines
- 19% de pré-éclampsies / éclampsies
- 16% d'infections puerpérales
- 16% d'avortements compliqués d'hémorragie ou d'infection
- 15% d'hémorragies ante/post partum
- 10% de dystocies
- 1% de grossesses extra-utérines

Figure 3 : Répartition des décès maternels par cause obstétricale directe, Guinée, 2002.



### 2.3.1 Les ruptures utérines

Elles se traduisent par l'arrêt brusque des contractions utérines, une forte douleur abdominale, un état de choc hypovolémique et une éventuelle hémorragie vaginale.

Les cas de ruptures utérines présentent une réelle difficulté de classement des causes de mortalité. Sans une recherche diagnostique soignée, ils peuvent être rapidement classés dans la catégorie « hémorragie » par simple observation clinique. Aussi, lors d'accouchement à domicile par exemple, les personnes non qualifiées présentes n'ont que les saignements pour justifier le décès. De plus, la limite entre un décès par rupture utérine ou travail dystocique est floue. Celle-ci étant la principale conséquence engageant le pronostic vital lors d'accouchements prolongés ou dystociques, la classification des morts maternelles apparaît très subjective. De manière générale, les études réunissent les deux items sous l'un des deux titres de classement 'rupture' ou 'travail bloqué'.

Sur 245 cas de ruptures utérines, 31 (soit 12,7%) se sont terminés par le décès de la parturiente. Cette proportion très élevée de létalité illustre la difficulté de prise en charge de cette complication. Non seulement, le diagnostic est difficile par du personnel peu qualifié mais son traitement nécessite la présence d'un médecin pour réaliser la suture, voire l'hystérectomie [22].

*Mme D, 20 ans, se présente seule à l'hôpital Donka, envoyée sans explication par une "accoucheuse", un bébé dans les bras ! En s'installant sur la table d'accouchement, elle dévoile une présentation de l'épaule négligée sur un deuxième enfant.*

*Après plusieurs heures durant lesquelles les étudiantes sages-femmes s'évertuent à chercher des bruits du cœur fœtal au stéthoscope de Pinard, le CES de garde se décide pour une intervention. Il opte pour une version par manœuvre interne dans l'idée d'éviter à la patiente une laparotomie. Dès qu'elle est endormie, il refoule le bras fœtal dans l'utérus pour ensuite chercher à s'emparer des pieds dans le but d'extraire l'enfant. Mais depuis combien de temps la patiente a-elle accouchée du premier jumeau ? L'utérus paraît plus que tonique et moule le corps du bébé. L'utérus prend un aspect de sablier, la rupture utérine est imminente... Le médecin réussit finalement à extraire l'enfant sans vie et après une rapide révision utérine, pose le diagnostic de rupture. La laparotomie laisse contempler un utérus déchiqueté monopolisant un long moment l'équipe médicale, gênée par les saignements et par la complexité de la suture.*

*Par la suite, le nom de cette femme figurera sur le registre des décès.*

*(Notes de stage, hôpital Donka, juillet-août 2004)*

### 2.3.2 La pré-éclampsie / éclampsie

Pour cette étude, les définitions retenues sont les suivantes :

- La pré-éclampsie se traduit par les oedèmes, la protéinurie et l'HTA. Ensuite, les signes généraux sont les céphalées, les phosphènes ou l'oligurie.
- L'éclampsie se traduit par les oedèmes, la protéinurie, l'HTA et les convulsions ou le coma.

Au total, 322 patientes ont développé l'une ou l'autre de ces complications. Vingt-cinq d'entre-elles (soit 7,8%) en sont mortes.

En cas d'éclampsie et de pré-éclampsie sévère, les recommandations de l'OMS sont la surveillance fréquente de la tension artérielle, la prise d'une voie veineuse et la pose d'une sonde urinaire. La prise en charge est urgente car l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 heures. En cas de convulsions, il est préconisé d'oxygéner la patiente, de lui administrer des anti-convulsivants et de ne pas la laisser seule [23]. Le Sulfate de Magnésium constitue l'anti-convulsivant essentiel dans la thérapeutique guinéenne. Bien que recommandé par l'OMS, beaucoup de pays ne l'ont pas mis sur la liste des médicaments essentiels, mais n'est pas le cas du pays. A Donka, les médecins le prescrivent régulièrement et la pharmacie centrale assure un minimum de stock.

Cependant, il est rare en Guinée que l'établissement possède une bouteille d'oxygène. Les prescriptions de perfusions et de sondes urinaires sont chères, donc peu honorées. Enfin, l'éclampsie est une complication assez fréquente ne permettant pas la réquisition d'une partie du personnel médical. Les médecins se retrouvent alors dans l'incapacité de s'occuper de leurs patientes dans des conditions optimales.

*Lors de mon arrivée en Guinée, mon premier contact avec le personnel médical fut la rencontre du Professeur Keita, chef de l'hôpital Donka et gynécologue/obstétricien très engagé dans la lutte contre la mortalité maternelle. Il exposa les différentes complications dont souffraient les femmes ici et ajouta que je ne serai jamais témoin de telles situations en France. C'est pourquoi, je devais en profiter pour tout observer et chercher à en comprendre les mécanismes et les traitements.*

*Peu après, en visitant le bloc obstétrical, je réalisai l'ampleur de son discours. Les éclampsies étaient tellement fréquentes qu'une salle entière leur était réservée. Lorsqu'on poussait la porte de cette pièce, on découvrait alors trois à quatre vieux lits dont les matelas étaient posés sur le sol pour éviter les chutes. Ici étaient regroupées les patientes présentant des convulsions ou un état comateux. Le plus souvent, celles-ci montraient des oedèmes importants et une anurie depuis plusieurs jours. Les plus riches bénéficiaient de quelques injections de Valium® (Diazépam) ou de sulfate de magnésium, au mieux d'une césarienne, mais les indigentes faisaient leurs crises successives sous les yeux des médecins qui consignaient dans leur dossier les ordonnances prescrites, non honorées faute de moyens.*

(Notes de stage, hôpital Donka, juillet-août 2004)

### 2.3.3 Les infections puerpérales

L'infection constitue une cause majeure de mortalité maternelle. Selon notre étude, 10,9% des patientes infectées sont décédées durant la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement (22 décès pour 202 infections). Ces chiffres alarmants ne diminueront pas sans l'amélioration des conditions de travail et l'éducation du personnel soignant et des parturientes. En effet, les touchers vaginaux sont parfois abusifs et peu aseptiques et les conditions de travail ne permettent pas de limiter les risques : manque fréquent d'eau, absence de savon, d'antiseptiques. Les évacuations obstétricales peuvent se dérouler dans des conditions d'hygiène déplorable. Alors, s'il s'ajoute au contexte une rupture prématurée des membranes en phase de latence du travail, l'infection reste difficilement évitable [24].

En 1999, la réalisation d'une série de cultures bactériologiques au sein la maternité du CHU Ignace Deen a permis de mettre en évidence la présence de trois germes prédominants: le pyocyanique, le streptocoque et le staphylocoque [25].

Il est aussi constaté que la césarienne devient de plus en plus une circonstance de décès, par majoration des complications infectieuses. En voulant diminuer la létalité d'une complication comme la dystocie, il y a le risque d'en favoriser une autre. Lors d'une étude des cas de césariennes au cours d'une année dans un hôpital national, il a été mis en évidence que l'infection constitue la complication la plus fréquente (29% du nombre total de césariennes) et la première cause de mortalité maternelle chez les femmes césarisées. Il faut néanmoins savoir que les césariennes se pratiquent de plus en plus à l'hôpital Ignace Deen, du fait de la prise en charge croissante des complications qu'implique son rôle d'hôpital référent (17% des naissances en 1993 contre 4% en 1984 [26]) mais selon des indications pas toujours argumentées. Par exemple, dans cette dernière étude, 93 césariennes sur les 434 réalisées (soit 21%) se trouvent injustifiées, dues à des erreurs de diagnostic. A cela, s'ajoute aussi la nouvelle indication de "grossesse précieuse", n'engageant pas le pronostic vital de la mère ou du fœtus (2,8% des césariennes) mais majorant les risques infectieux [27].

*Première césarienne à laquelle j'assiste sur le continent africain ! Je ne pensais pas qu'on pouvait opérer avec si peu : pas de sonde vésicale, pas d'intubation, pas de monitoring cardiaque, pas d'aspiration, pas d'oxygène et bien sûr pas de bistouri électrique. La patiente est endormie au Nesdonal® (thiopental) et Kétalar® (kétamine).*

*J'ai bien fait ce jour là de persister en observant jusqu'au bout car une heure plus tard, un étudiant en médecine en fin d'études se lança seul dans une césarienne pour souffrance fœtale, après que l'anesthésiste ait rapidement endormi la patiente. Présente, je propose de faire la panséuse. Il me demande alors de m'habiller pour faire l'aide opératoire. Le lavage*



*des mains consiste à les tremper dans une bassine d'eau compte tenu de la coupure qui sévit depuis plusieurs jours, pas de savon. Heureusement, il me reste quelques gouttes d'eau de javel diluée dans les poches. J'enfile une blouse dont je doute de la stérilité mais par contre des gants chirurgicaux neufs payés par la famille. Après une réanimation rapide mais efficace du bébé, j'apprends alors à éponger la cavité abdominale en essorant les compresses pour les économiser. C'est alors seulement à la fin de l'opération qui s'est néanmoins relativement bien finie que je réalise que la patiente n'a pas eu d'antibiotiques.*

La patiente séjourna brièvement dans « la salle des suppureuses », c'est à dire la chambre d'hospitalisation où l'on accueille les césarisées que l'on trouve plus infectées que les autres pour éviter les contaminations. Puis, elle sortit peu après, sans que sa cicatrice me paraisse plus acceptable et trop fiévreuse à mon goût mais avec un enfant en pleine forme.

*(Notes de stage, hôpital Donka, juillet-août 2004)*

### 2.3.4 Les avortements compliqués

La loi du 10 juillet 2000 portant sur la santé de la reproduction en Guinée stipule que « l'interruption de grossesse n'est autorisée, sur prescription d'un collègue médical, que dans les cas suivants :

- Lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte
- A la demande de la femme lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse prouvée
- Lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité au moment du diagnostic ».

Il faut noter qu'il n'existe aucun décret d'application de cette loi, posant ainsi un vide juridique.

L'ampleur du phénomène de l'avortement est difficilement estimable en Guinée. Il n'existe que des informations parcellaires portant sur des échantillons réduits. L'Enquête de Démographie et de Santé de 1999 ne comporte aucune question sur ce thème et les seules données correspondent à des études rétrospectives pratiquées en milieu hospitalier, donc fortement biaisées par la prévalence des complications.

Une étude de 1990 à 1993 concernant les avortements provoqués clandestins rapporte un taux de 3% sur les admissions en obstétrique, mais avec un taux de létalité de 19% [28]. Les complications prédominantes sont les hémorragies, les perforations utérines, les pelvi-péritonites, les septicémies et les intoxications médicamenteuses. Cependant, ces chiffres ne

permettent de conclure ni sur l'incidence des cas, ni sur le pronostic vital global, puisque les femmes ne consultent qu'à un stade de complication avancée ou décèdent à domicile

Les différentes thèses publiées sur les études hospitalières ont permis d'évoquer l'ampleur du phénomène et sa contribution à la mortalité maternelle [28]. Ainsi, après plusieurs années de travaux, il a été mis en place en Guinée avec l'accord du ministère de la Santé, des activités de Soins Après Avortement et notamment l'installation dans les CHU et les hôpitaux régionaux de salles équipées pour l'« Aspiration Manuelle Intra-Utérine ».

*Technique d'Aspiration Manuelle Intra-Utérine(AMIU) : lors d'avortement inévitable avant 16 semaines, d'avortement incomplet, de grossesse molaire ou d'une hémorragie du post-partum due à une rétention placentaire partielle, l'OMS préconise l'AMIU. Cette technique consiste, après une désinfection soignée de la filière génitale, à aspirer le contenu utérin à l'aide d'une canule et d'une seringue équipée d'une valve de compression. Ce geste se réalise après l'administration de 10 unités d'ocytocine ou 0,2 mg d'ergométrine en IM et 500mg de paracétamol per os. Exceptionnellement, un bloc paracervical est nécessaire. Sans complications, la patiente peut rentrer une à deux heures après avec les conseils d'usage [29].*

A ce jour, les avortements provoqués demeurent un fléau dans le pays. La population évoque l'influence négative du caractère illégal justifiant la clandestinité, la peur d'être dénoncé et l'influence culturelle et religieuse pesant sur les femmes [30].

### 2.3.5 L'hémorragie

Les hémorragies obstétricales se décrivent selon le moment de survenue. Dans notre étude, menée par UNICEF, les hémorragies ante partum, correspondant aux métrorragies qui se produisent avant ou pendant l'accouchement (dues par exemple à un placenta praevia ou à un hématome rétro placentaire) et les hémorragies du post partum, correspondant à toute perte de sang survenant après l'accouchement (comme la rétention placentaire, l'hémorragie de la délivrance ou une déchirure du col) sont réunies dans le même concept d'hémorragie. Cette complication obstétricale se montre extrêmement fréquente avec 800 déclarations pour les 12.679 accouchements observés (6,3%). Cependant le taux de létalité propre à cette complication est de 2,5%, donc moins important que les autres.

Toutefois, l'hémorragie apparaît comme la première cause de mortalité maternelle directe mondiale : 25% des décès maternels au monde [14]. Ceci s'explique par son apparition brutale, imprévisible et par la difficulté d'accès en urgence aux médicaments de réanimation, aux produits sanguins. Dans le but d'enrayer l'incidence des hémorragies, un ensemble de

conduites à tenir ont été élaborées par l’OMS. La mesure de prévention essentielle préconisée est la prise en charge active de la délivrance avec l’administration d’ocytociques après l’expulsion et la traction mesurée sur le cordon. [23].

*La journée commençait à peine quand des cris retentirent dans la maternité. Je ne comprenais pas le dialecte soussou mais les lamentations venant de l’extérieur me laissaient présager une situation grave. Je vins m’appuyer au balcon du premier étage de la maternité pour tenter de savoir ce qu’il se passait. Un taxi était arrêté devant l’établissement, les quatre portes ouvertes et plusieurs personnes pleuraient en désignant la banquette arrière. Un homme tenait dans ses bras un nouveau-né enroulé dans un morceau de boubou. Un médecin surgit et s’engouffra dans la voiture mais il ressortit assez rapidement. Après quelques échanges soussou avec le médecin, la famille éclata bruyamment en sanglots et de nombreux badauds se rapprochèrent pour considérer le malheur. Quelques personnes sortirent alors du véhicule une femme d’une vingtaine d’années, dont le teint tranchait avec les couleurs de son pagne trempé de sang.*

*Je compris ainsi qu’elle devait être morte, sans doute une hémorragie de la délivrance...*

*Me voyant muette, la gorge serrée et les yeux humides devant ce spectacle, une sage-femme s’approcha. Elle m’expliqua que c’étaient les risques encourus lorsque les femmes n’accouchaient pas à l’hôpital : si une hémorragie débutait, le temps de réunir l’argent pour la course en taxi, elles arrivaient souvent trop tard pour être prises en charge.*

*(Notes de stage, hôpital Donka, juillet/août 2004)*

### 2.3.6 La dystocie

Le concept retenu pour le travail prolongé ou dystocique correspond à l’allongement anormal de la période du travail dû à une anomalie mécanique ou dynamique, au volume fœtal, à la présentation [7]. Les disproportions céphalo-pelviennes sont assez fréquentes en Guinée, conséquences d’une malnutrition chronique et de grossesses précoces sur des bassins n’ayant pas terminés leur croissance. Parmi les 12.679 accouchements étudiés, 777 ont été étiquetés “travail dystocique”, soit 6,1%. La létalité de ces cas reste pourtant faible avec un taux de 1,7% (13 décès). On peut expliquer ceci par la référence des dystocies sévères vers du personnel plus qualifié et la pratique plus courante de césariennes, mais exposant aux risques infectieux et aux complications anesthésiques. Cette faible létalité est surtout due au fait que le personnel dispose de plus de temps devant lui pour transférer une femme avec un dystocie qu’avec une hémorragie; 3 jours versus 2 heures[31].

*Tableau 6 : Intervalle moyen estimé entre le début de la complication et le décès pour la majorité des complications obstétricales*

Complications	Délai moyen avant décès (en heures)	Délai moyen avant décès (en jours)
Hémorragie ante- partum	12 heures	
Hémorragie post partum	2 heures	
Rupture utérine		1 jour
Eclampsie		2 jours
Travail bloqué		3 jours
Infection puerpérale		6 jours

Source : Maine et al. 1999 [31].

Les décès des suites d'une dystocie, comportent une importante composante humaine. La plupart seraient évitables si une surveillance du travail était effectuée par un personnel qualifié et si un bloc opératoire était fonctionnel.

*Mme C, 15 ans, 1m50, mariée, primigeste, se présente à l'hôpital accompagnée de sa mère pour travail prolongé depuis plusieurs jours. Elle ressent des contractions utérines très douloureuses toutes les deux à trois minutes.*

*Une des sages-femmes l'installe sur une table d'accouchement, repart demander à l'accompagnante d'acheter des gants stériles pour l'accouchement auprès de la pharmacie centrale. Après avoir obtenu un doigtier auprès du médecin de garde, elle examine la jeune fille : pas d'examen clinique, de prise des constantes ou de mesure de la hauteur utérine ; juste un toucher vaginal révélant une dilatation du col à 8 centimètres et une présentation céphalique au niveau 3/5<sup>ème</sup>, c'est-à-dire fixée. La sage-femme réalise des sondages urinaires successifs, à l'aide du même morceau de tubulure coupée, sans antiseptique. Elle ordonne ensuite à l'aide-soignante un lavement rectal, réalisé avec un broc rempli d'eau, équipé d'un gros tuyau qui est placé dans le rectum de la patiente. Celle-ci, en position fœtale, dénudée, doit patienter le temps que le broc se vide avant d'être autorisée à aller aux toilettes, avec l'ordre de ne pas salir sur son passage.*

*Ceci étant fait, la sage-femme tente de la faire accoucher. Malgré des efforts de poussée effrénés et la tentative de dilatation manuelle de la soignante, l'enfant ne descend pas. La jeune fatiguée et effrayée gesticule en tous sens sans oser dire un mot ! La sage-femme réquisitionne alors plusieurs personnes. Les paroles sont dures. On lui frappe les cuisses et les mains pour la recadrer. La sage-femme utilise excessivement l'expression utérine, sans meilleur résultat.*

*Une heure plus tard, le médecin chargé de la visite, mesure le bassin au pelvimètre et la hauteur utérine. « Nous sommes devant une disproportion foeto-maternelle. Il faut faire une césarienne ». La conduite à tenir est posée, mais la réalisation des actes est souvent longue. La césarienne sera faite, plus tard...*

*(Notes de stage, hôpital Donka, juillet-août 2004)*

### 2.3.7 La grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à une grossesse dont l'implantation de l'embryon se produit hors de la cavité utérine (trompes, ovaires, cavité abdominale). Dans notre étude, l'incidence des GEU parmi les admissions obstétricales est de 1,5% (184 cas), avec un taux de létalité de 0.5% [7].

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature. Lors d'une étude rétrospective de 1995 à 1999, portant sur tous les cas de GEU admis dans les deux hôpitaux nationaux du pays (Ignace Deen et Donka, Conakry), Thonneau et son équipe montrent que l'incidence des GEU en milieu hospitalier a largement augmenté durant cette période pour se situer à 1,5% des naissances vivantes en 1999. Cependant, sur la totalité de ces cas, aucun décès n'a été constaté, bien que 90% des patientes présentaient un hémopéritoine et 93% une rupture tubaire. Ce faible taux de létalité s'explique principalement par la capacité des équipes médicales à diagnostiquer et prodiguer des soins adéquats aux femmes présentant une GEU. Cependant, même si la grossesse extra-utérine ne constitue pas une cause considérable de mortalité maternelle, elle participe à la morbidité maternelle (hypofertilité, anémie sévère) [32].

*Madame K.K., 28 ans, est mariée et travaille comme informaticienne (niveau d'étude technique). Elle consulte à l'hôpital pour douleurs pelviennes, hémorragie minime associée à une aménorrhée de 7 semaines.*

*Antécédents obstétricaux : gesticité 4, parité 3, 3 enfants vivants*

*Anamnèse : le début est progressif remontant à 2 jours. Elle consulte son médecin traitant qui lui prescrit un test de grossesse, revenant positif. Il lui délivre alors un traitement symptomatique (indéterminé). Mais devant l'augmentation des signes, la patiente consulte à l'hôpital pour une meilleure prise en charge.*

*L'examen clinique met en évidence des conjonctives hypocolorées, une cicatrice abdominale (découverte d'antécédent de 3 césariennes, non explorées à l'interrogatoire). Le toucher vaginal révèle une masse latéro-utérine sur un pelvis très inflammatoire. Une échographie pelvienne, réalisée en ville, découvre une masse ovarienne de 41mm sur 25 mm.*

*Revue le lendemain en consultation, devant un état général peu satisfaisant et des douleurs terribles, une laparotomie dans la journée est décidée. En préalable sont réalisés un bilan sanguin (groupe, rhésus, hémoglobine, hémocrite), un traitement antalgique de Novalgine® (noramidopyrine) (une ampoule) et un remplissage vasculaire par Ringer Lactate®, 1l. La laparotomie permet la confirmation de diagnostic de grossesse extra-utérine ovarienne et la réalisation d'une annexectomie droite et d'un drainage pariétal.*

*Dans les treize heures suivantes, elle est vue une quinzaine de fois, on lui a injecté 2 g d'Ampicilline® (ampicilline), 1 g de Clamoxyl® (amoxicilline), une ampoule de Novalgine® (noramidopyrine), 500ml de Ringer Lactate® (à deux reprises), 500ml d'Hémacel® (à deux reprises) et une poche de sang isogroupe (soit 7 courses en ville par le mari).*

*Malgré la volonté des médecins et les capacités financières de la famille, ce traitement est insuffisant. Treize heures après la laparotomie, la patiente décède dans un tableau de choc hypovolémique.*

*Revue des dossiers de décès maternels, hôpital Donka, juillet 2004*

## 2.4 Les principales causes indirectes de la mortalité maternelle guinéenne.

### 2.4.1 Le VIH/SIDA

En Guinée, il a été mis en évidence que l'épidémie de VIH est principalement disséminée par une transmission hétérosexuelle. Comme dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, l'essentiel de la surveillance du VIH passe par un dépistage des femmes enceintes en consultations prénatales [33]). La prévalence globale, en 2001, chez les Guinéennes enceintes était de 2,8% (doublée en 5 ans) avec des disparités selon les régions (5% sur Conakry) [34].

Les rapports entre le VIH/SIDA et la grossesse sont complexes mais ces décès doivent être considérés comme des décès pour cause obstétricale indirecte. De manière générale, la

grossesse n'a pas de réelle conséquence sur l'évolution de la maladie des femmes africaines, et ce, malgré les grossesses répétées et la malnutrition. A l'inverse, le SIDA entraîne maintes complications sur la grossesse : augmentation du nombre de fausses couches spontanées, de grossesses extra-utérines, d'accouchements prématurés, de ruptures des membranes avant terme, de morts in utero, ainsi qu'une nette augmentation d'infections opportunistes respiratoires, urinaires, génitales détériorant sérieusement l'état général de la femme [35].



En Guinée, le SIDA fait peur. De manière générale, on ressent la motivation de la population, encadrée par les ONG locales, qui se mobilisent pour faire passer l'information sur la prévention, les soins et les moyens disponibles pour lutter contre cette maladie. Des messages sanitaires sont exposés dans les rues comme le panneau ci-contre, installé dans l'enceinte de l'hôpital Donka.

© Marie Bahuaud

Mais, avec plus d'attention, il apparaît nettement que personne ne veut réellement traiter du sujet. Il semble relativement tabou, surtout quand il est abordé à titre individuel. Dans le milieu médical, le mot "Sida" n'est que rarement utilisé car mal perçu par les patients et leur famille. En fait, il est remplacé par "SRV" (sérologie virale), euphémisme médical pour n'être compris que par les initiés. Lorsqu'une femme séropositive vient accoucher, le personnel soignant n'ose pas la toucher.

Le seul endroit où la question commence à être ouvertement abordée, c'est en consultations prénatales. En effet, des sages-femmes formées réalisent alors le "counseling", un ensemble de conseils et une sensibilisation à la transmission virale mère/enfant. Il est ainsi proposé un test de dépistage anonyme et gratuit (coût uniquement de la seringue). Mais nombreuses sont les femmes qui refusent sous les arguments suivants: "Je dois demander à mon époux", "Je n'ai pas de raisons d'être malade", "J'ai trop peur". Les programmes de Prévention de la Transmission Mère/Enfant (PTME) se mettent progressivement en place en Guinée offrant des soins et des traitements aux femmes dépistées, infectées par le VIH [36].

## 2.4.2 Le paludisme

Les femmes enceintes représentent le principal groupe d'adultes exposé à la maladie : la grossesse affaiblit leur immunité et les rendent plus sensibles à l'infection paludique. Dans les zones de transmission stable, l'infection à *plasmodium falciparum* survenant au cours de la grossesse serait responsable de 10.000 décès maternels par an [37]. La Guinée, comme la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, est particulièrement exposée au paludisme dont l'estimation est irréalisable.

La chimioprophylaxie antipaludique systématique pendant la grossesse constitue la principale mesure guinéenne de prévention (600 mg de chloroquine par semaine), mais cela nécessite un suivi précoce et continu de la grossesse dans une structure sensibilisée. De plus, la croissance rapide de la chimiorésistance à la chloroquine dans de nombreuses zones la rend de moins en moins pertinente [38].

L'OMS, en se basant sur plusieurs études, recommande maintenant le traitement préventif intermittent : 500mg de sulfadoxine et 25 mg de pyriméthadine à deux reprises (20 et 30 semaines d'aménorrhées), associé à l'utilisation continue de moustiquaires imprégnées d'insecticide [39]. La prévention et le traitement ont aussi l'avantage de réduire l'incidence de l'anémie dans laquelle l'infection joue un rôle contributeur important [40].

## 2.4.3 L'anémie

Au sein d'un des CHU de Conakry, une étude guinéenne a estimé à 10,7% la proportion de femmes anémiées en per-partum (taux d'hémoglobine  $\leq 11$ g/dl pour la femme enceinte), avec une incidence d'une femme sur 5 en post-partum. Les anémies sévères (taux d'Hb  $\leq 7$ g/dl) représentent 51,7% des cas. Le pronostic maternel est sévère : 25% de la mortalité globale du service [41]. En Afrique subsaharienne, la moitié des anémies est due à une carence en fer et 10% à une carence en folates. Les autres causes sont soit parasitaires (paludisme, bilharziose), soit hémorragiques (chroniques ou aiguës), soit le fait des grossesses rapprochées ne permettant pas aux femmes de récupérer un stock en fer suffisant à la suite des pertes sanguines des accouchements différents [38]. Rush, dans une revue récente de la littérature, conclut qu'il y a un lien évident entre l'anémie sévère (taux d'Hb  $< 7-8$  g/dl) et l'accroissement du risque de décès maternel sans qu'un lien causal ne soit établi [42].



## 2.5 Les facteurs associés.

En Guinée, même en milieu urbain où les infrastructures et les personnels médicaux sont beaucoup plus disponibles, le nombre de décès maternels reste très élevé. La recherche des causes médicales de décès et l'élaboration de programme d'action n'ont pas suffi à enrayer la mortalité maternelle. Les déterminants de la mortalité maternelle sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses (obstétrique, épidémiologie, santé publique, démographie, sciences sociales). Ces différents facteurs qui sont la pauvreté, l'éducation et la place de la femme dans la société, le statut sanitaire et reproductif de la femme, l'accessibilité et l'utilisation des services se combinent la plupart du temps et il est important de les mettre en évidence, afin qu'ils soient pris en compte dans le processus d'analyse de la mortalité maternelle [43].

Nous avons choisi de les présenter à partir du modèle des trois retards développé par Thadéus et Maine (1994) [31].

### 2.5.1 Le retard à la décision de consulter les services de santé

#### 2.5.1.1 Une fécondité élevée non assimilée à une nécessité médicale

La fécondité des Guinéennes s'insère dans un important processus culturel par lequel l'enfantement concerne plus la communauté féminine que les professionnels médicaux. Perçues comme "le rôle d'une femme", les nombreuses grossesses apparaissent comme un acte naturel où la médecine n'a pas de place à tenir.

*" Trop d'enfants, trop tôt, trop tard et trop rapprochés "* [43]. La primiparité et la grande multiparité participent largement au maintien du taux de mortalité maternelle. Une étude réalisée dans un CHU guinéen en 1993 montre que l'incidence de la mortalité maternelle est dix fois plus élevée dans le groupe des grandes multipares (7 enfants et plus) que dans le groupe des paucipares (2-4 enfants). A cela se combine l'âge maternel, facteur de risque reconnu depuis longtemps : incidence multipliée par 7 dans le groupe des 15-19 ans, par rapport au groupe des 25-29 ans [44]. Or il apparaît qu'en Guinée, les femmes ont une fécondité élevée, estimée à 5,5 enfants, et l'une des principales caractéristiques de cette fécondité est sa précocité: 37% des adolescentes de 15 à 19 ans ont commencé leur vie féconde (mères ou enceintes d'un premier enfant) [21].

Cette fécondité très élevée et la mortalité maternelle qui en résulte sont fortement liées au contexte culturel, notamment au statut de la femme. La maternité offre à la femme une reconnaissance sociale. D'ailleurs en Guinée où la polygamie est largement répandue, cette valorisation de la femme procréatrice engendre une forte concurrence entre les co-épouses : *“ C'est ma co-épouse, elle vient d'accoucher son huitième mais moi, j'en ai fait neuf. Il est fort notre mari ! ”* (Accompagnante d'une accouchée, notes de stage, hôpital Donka, juillet/août 2004).

Bien sûr, à cela s'ajoute la richesse que représente un enfant. Dans une société où le système de sécurité sociale n'existe pas, les enfants représentent la sécurité pour leurs parents et contribuent largement, dès qu'ils grandissent, aux revenus de la famille.

#### 2.5.1.2 La faible préparation à l'accouchement des familles et des communautés

Les motifs économiques sont prédominants dans le retard à la consultation des services de santé. La politique de santé guinéenne pratique “le recouvrement des coûts”, c'est-à-dire que la population finance une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins. En fait, elle paie tout le matériel nécessaire à la prise en charge médicale (gants, pansements, médicaments, aiguilles, dossiers, poche de sang par exemple), et à cela s'ajoute un peu de monnaie au personnel soignant pour être considéré plus rapidement. Ainsi, sans argent, la prise en charge médicale est impossible et de nombreux Guinéens ne préparent pas l'accouchement. La population féminine est fortement affectée par la pauvreté. Cela s'explique par l'inégalité des opportunités entre hommes et femmes, en termes d'accès à l'éducation (90% des femmes analphabètes versus 62% des hommes [12]), de charge de travail, de statut social et de participation à la vie publique et politique (11% de femmes siégeant au gouvernement [45]).

Le poids de la religion peut aussi expliquer le refus d'accès aux établissements de soins. L'islam est la religion dominante dans le pays (87%) [5]. Les Guinéens s'en remettent assez couramment à Dieu en cas de complication : *“ Inch Allah (Si Dieu le veut...) ”*, un fatalisme religieux qui se trouve parfois en opposition avec la prise en charge médicale. Cela permet aussi de relativiser face à un décès, *“c'est Dieu qui donne, c'est Dieu qui prend”*.

#### 2.5.1.3 La non reconnaissance des signes de danger

En Guinée, 20% des accouchements sont réalisés par une accoucheuse traditionnelle, 36% par des parents et dans 8 % des cas, la femme se retrouve seule [21]. La part d'accoucheuses traditionnelles est plus importante dans les milieux ruraux qu'en ville. Ce sont des femmes qui assistent les mères pendant l'accouchement et dont les compétences sont issues seulement

d'une expérience personnelle ou d'une formation par d'autres accoucheuses traditionnelles. Leurs soins sont généralement moins onéreux pour la famille et elles acceptent parfois le paiement en nature. Dans une population influencée par les croyances et les coutumes locales, leur pratique traditionnelle peut représenter un bienfait. Seulement, face à des protagonistes non compétents, les signes de dangers lors de la grossesse ou de l'accouchement ne sont pas identifiés. Les complications ne sont reconnues que lorsqu'elles sont déjà trop sévères.

## 2.5.2 Le retard à atteindre l'établissement de santé

### 2.5.2.1 Le manque et la mauvaise répartition des établissements

Soixante-deux pour cent des guinéennes ont reçu des soins prénatals pendant leur dernière grossesse en 1995, avec une disparité selon les régions : 90% à Conakry, 50% en milieu rural. Ce résultat faible et hétérogène s'explique par un manque de structures sanitaires dans les régions reculées puisque l'absence ou l'éloignement de structure médicale revient dans 59% des motifs de non consultations [12].

### 2.5.2.2 Les infrastructures routières

Non seulement les zones rurales sont moins dotées d'établissements sanitaires mais à cela s'ajoute un manque d'infrastructures routières limitant l'accès aux soins. Le réseau routier est peu développé et enclave certaines régions. A cela s'ajoute le manque d'entretien et les fortes précipitations rendant certaines portions impraticables. Peu de Guinéens possèdent un véhicule personnel, ainsi les voyages se font en autobus ou en taxi [5]. Cependant, avec un prix de l'essence au litre proche du prix français, les transports restent exceptionnels voire inaccessibles pour les plus pauvres. Dans un système de soins basé sur la pratique de la référence obstétricale, le manque de transport et le faible réseau de communication entravent directement l'accès aux soins médicaux. Les centres médicaux de commune et les centres de santé sont aptes à pratiquer les accouchements physiologiques mais doivent référer leurs patientes vers un hôpital si des complications surviennent pendant la grossesse ou l'accouchement. Seulement, organiser une référence prend du temps. Il faut trouver un moyen de transport, de l'argent pour la course et une route praticable. Or l'état de la patiente ne permet pas toujours de se donner du temps.

### 2.5.3 Le retard à recevoir les soins appropriés après l'arrivée dans le service

Accessibilité et qualité des soins ne vont pas forcément de pair. Au fait que les patientes ne sont pas souvent référées à temps, s'ajoute une prise en charge des urgences insuffisante. Par exemple, il peut s'écouler deux heures avant que l'équipe médicale ne s'occupe d'une femme référée pour dystocie de travail avec risque imminent de rupture utérine [46]. Ce comportement se rapprochant du laisser-aller peut s'expliquer par une dilution des responsabilités. L'argument le plus souvent avancé pour justifier les taux importants de décès maternels en milieu hospitalier est la référence trop tardive. La responsabilité est souvent rejetée sur la patiente qui n'a pas suivi correctement ses consultations prénatales, sur le personnel des structures périphériques, incompetent et qui réfère trop tardivement les parturientes, sur les parents de la malade qui "*n'honorent pas les ordonnances*" prescrites ou sur le manque de coopération de la femme: "*C'est une patiente difficile*".

Il est vrai que les hôpitaux gèrent les complications qui dépassent les compétences du personnel des petites structures. Mais les responsabilités sont largement partagées entre ceux qui n'ont pas transféré suffisamment tôt et ceux qui ne prennent que tardivement en compte les cas évacués.

#### 2.5.3.1 Le personnel

- Analyse qualitatif et quantitatif du personnel

Tout d'abord, le pays se heurte à un réel manque de personnel qualifié, associé à une mauvaise répartition : 1 sage-femme pour 28.000 habitants dont la moitié exerçant dans la capitale [8]. Les sages-femmes ont des formations diverses. Les plus âgées ont été formées à l'école professionnelle de la santé à Conakry (Donka) dans les années 1960 et 1970 et les autres, à l'école nationale de la santé de Kindia. La formation dure trois ans après le baccalauréat. Malgré l'existence d'une école nationale de sages-femmes, la formation n'est pas adéquate. Durant les études, les élèves sages-femmes ne bénéficient que d'une faible partie pratique. La formation comporte peu de stages (1 à 2 mois par an) dont l'activité principale se trouve être de l'observation. Peu d'entre elles ont la chance de pratiquer des touchers vaginaux, encore moins l'initiation à un accouchement. Les compétences des sages-femmes reposent uniquement sur l'expérience professionnelle.

- L'absentéisme

Les horaires de travail sont très aléatoires. Même si des horaires de gardes sont établis dans les diverses structures, on observe un temps de travail souvent raccourci et un absentéisme fréquent. Outre les salaires bas, on peut l'expliquer par le manque de 'redevabilité'. Le

personnel n'a jamais de compte à rendre sur son temps de présence, ses pratiques ou son comportement. Le système de sanction ou de récompense en cas de travail bien fait est inexistant ce qui ne pousse pas à en faire plus.

- Les salaires faibles

Les faibles salaires font partie des premières causes de démotivation des soignants. Dans la fonction publique, le salaire mensuel d'une sage-femme (primes incluses) s'élève à 150.000 FG (environ 40 €), 200.000 FG (53 €) pour un médecin [11]. Comment financer le transport, les repas, le matériel personnel et faire vivre sa famille ? Les soignants doivent donc trouver des '*coping strategies*', des mécanismes de compensation pour augmenter leur revenu et faire vivre leur famille. Chaque prestation est ainsi un peu "*taxée*". Soit l'agent agit seul et ses bénéfices lui reviennent directement soit il existe une entente au sein de l'équipe et les bénéfices sont partagés à la fin du service. Les pourboires des malades sont pratiques courantes pour plus d'attention. La majorité du personnel pratique des actes en dehors de son exercice hospitalier; du médecin au garçon de salle, chacun se trouve des activités parallèles pour augmenter son salaire.

- Le système de "protection"

Dans la compréhension de la prise en charge des parturientes, il est important d'expliquer le système de "protection" qui prévaut dans un pays aux liens socio-culturels forts. La parturiente préfère s'en remettre à une connaissance plutôt qu'à un agent de santé inconnu. Elle prend alors le statut de "protégée". L'élue peut être un voisin, un membre de la famille élargie, de l'ethnie ou simplement un soignant de bonne réputation. Ce contrat moral liant la patiente à son accoucheur(euse) est prioritaire devant les rapports en structure publique, c'est-à-dire que si l'accouchement se déroule dans un établissement de soins, son référent est présent et parasite la prise en charge par l'équipe de garde. Les médecins très sollicités remettent leurs "protégées" aux mains de sages-femmes de confiance suivant de loin le déroulement du travail. Dans ce cas, le contrat financier (puisque ce service n'est pas gratuit) comprend une partie pour les services de la sage-femme.

- Les rapports de force

Enfin, quand les femmes ne possèdent pas d'argent ou ne sont pas "protégées", l'accueil est différent. Les sages-femmes sont les "maîtresses" des salles d'accouchements. Elles possèdent la connaissance et, en dehors des protégées, les rapports sont plus basés sur le modèle dominant/dominé. La violence exercée sur les parturientes constitue un motif récurrent du refus d'accoucher en structures de soins. La femme perd en salle de naissance toute dignité. Les discriminations sont fréquentes, du moins verbalement, entre femmes d'ethnie ou de milieu social différent. La patiente, en situation de faiblesse subit sans dire un mot.

### 2.5.3.2 La pénurie de matériel, de médicaments et de sang

- Le matériel

Les professionnels sont habitués à travailler avec peu. Lorsqu'il est présent, le matériel est vétuste et souvent mal entretenu. Les étudiants apprennent leur métier théorique selon des bases occidentales et se retrouvent démunis dans la vie active. Le travail s'articule autour de "débrouillardises" comme l'emploi, par exemple, d'un brassard à tension pour pallier un manque de garrots ou un morceau de tubulure pour une sonde urinaire. Tout se recycle et s'économise. Les compresses stériles sont coupées en neuf pour faire les pansements, les fils de sutures s'utilisent jusqu'à la garde de l'aiguille et une boîte d'accouchement sert pour la journée. Les surveillants des services veillent scrupuleusement sur les biens du service et gardent sous clé les rares produits antiseptiques, les dossiers et même les papiers et crayons. En effet, le moindre matériel qui traîne se volatilise dans les heures qui suivent.

- Les médicaments

Tous les médicaments sont à la charge du patient. L'approvisionnement des pharmacies est géré par la Pharmacie Centrale de Guinée selon une liste nationale de Médicaments Essentiels. Peu de médicaments sont prescrits en Dénomination Commune Internationale (générique), augmentant le coût global des ordonnances. En effet, les génériques ont la réputation auprès de la population d'être moins efficaces et d'être principalement destinés aux plus défavorisés. Pour un salaire mensuel moyen de 150.000 FG (40€), le montant d'une ordonnance s'élève à 15.000 FG (4€). Pour diminuer le prix des médicaments, les patients se tournent facilement vers le marché informel, représentant 30 à 40 % du marché pharmaceutique. On peut ainsi se fournir sur les "marché par terre" ou dans de petits commerces variés [47].

- Le sang

Avec la recrudescence du VIH/SIDA, la pénurie de sang représente un réel problème. La peur du virus fait chuter le nombre de dons volontaires de sang et la contamination rend une partie des réserves indisponible. Pour enrayer la disparition des stocks, le gouvernement a mis au point une politique spécifique. Lors d'une hémorragie ou d'une anémie sévère, pour obtenir une poche de sang, il est obligatoire que deux personnes se présentent au centre de transfusion afin de faire un don préalable. De plus, ceux-ci doivent financer le groupage et les tests de dépistages viraux : 10.500 FG (2,80 €) chacun. Ce système de deux donneurs a pour but de maintenir un stock. Avant chaque don, le choix de connaître son statut sérologique ou non est proposé et est toujours respecté. Il n'est pas toujours aisé de trouver deux donneurs en urgence et il arrive que des soignants se proposent pour sauver des protégées. Cependant, le stock n'est pas très important et les produits nécessaires pour le groupage ne sont pas toujours disponibles. L'auto-transfusion, (don anticipé de sang) en vue d'un accouchement à risque commence à être proposé mais est pour l'instant mal accepté par la population.

### 3. Vers une réduction de la mortalité maternelle, cas de la maternité d'un hôpital national guinéen : Donka (Conakry)

#### 3.1 Donka, un pilier sanitaire

##### 3.1.1 L'environnement politique en matière de santé maternelle

L'amélioration de la santé maternelle et infantile s'avère un des fondements de la politique de santé en Guinée. C'est en 1992 que le Programme National Maternité Sans Risque a été mis en place, mais l'organisation sur le terrain a nécessité plusieurs années pour se réaliser. Malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires l'amélioration des indicateurs de santé reste insuffisante et la mortalité maternelle demeure un problème préoccupant.

En 2000, le Programme National Maternité Sans Risque s'est fixé comme objectif la réduction de la mortalité maternelle et infantile de 50% d'ici 2010. Ce but s'articule ainsi autour de quatre axes stratégiques: "le plaidoyer, le renforcement du système de santé, la participation de la communauté et l'habilitation de la femme" [8].

##### 3.1.2 L'environnement géographique et sanitaire de Donka

A l'entrée de Conakry, s'érige Donka, l'un des deux hôpitaux nationaux du pays. Au sein d'une ville de plus d'un million d'habitants, les deux hôpitaux nationaux (Donka et Ignace Deen) sont regroupés en un centre hospitalo-universitaire (CHU) et constituent le sommet de la pyramide sanitaire. Ignace Deen, situé à l'extrémité de la presqu'île que constitue Conakry, touche davantage la population locale contrairement à Donka qui se trouve plus sollicité par les populations rurales venant en référence de l'intérieur du pays.

Construit en 1958, Donka est resté plus de trente ans sans la moindre amélioration ou réorganisation. Ce n'est qu'en 1994 que le gouvernement guinéen se lance dans une vaste rénovation et réhabilitation de l'hôpital, grâce à des fonds internationaux, ainsi qu'à une extension par l'ouverture d'une faculté de médecine et de pharmacie.

Placé sous la tutelle du ministère de la santé, Donka bénéficie d'une autonomie financière et d'une autogestion, selon la législation des Etablissements Publics et Administratifs.



© Marie Bahuaud

La maternité de Donka, service de référence obstétricale, draine une population très hétérogène par le milieu social et l'ethnie. Des femmes y sont adressées par les centres médicaux voisins mais d'autres font plusieurs jours de trajet pour y venir en cas de complications.

La maternité s'organise autour de deux étages. Le rez-de-chaussée est réservé au bloc obstétrical et aux bureaux des médecins. Le bloc comprend une salle de travail de trois lits, trois salles d'accouchements (soit cinq tables d'accouchements), une salle des éclamptiques de trois lits (où il peut être rajouté des matelas au sol), une salle du post-partum et deux salles opératoires pour les césariennes et la chirurgie gynécologique. Le premier étage, destiné à l'obstétrique (grossesses pathologiques, surveillance post-opératoire des césariennes), a une capacité de 20 lits environ regroupés par 4 plus 2 cabines individuelles pour les patientes plus aisées financièrement. Enfin, le deuxième étage, destiné à la gynécologie regroupe 22 lits selon la même disposition.



### 3.1.3 Fonctionnement de la maternité

- Activités

La maternité de Donka réalise actuellement autour de 3.000 accouchements par an, soit environ 8 accouchements par jour. Dans les années 1990, l'activité tournait autour de 2.000 à 2.500 accouchements par an mais les statistiques ne sont fiables qu'à partir de 1996.

*Tableau 7 : Activités obstétricales par année au CHU Donka*

	2001	%	2002	%	2003	%
Nombre d'accouchements	3.008		2.933		3.200	
Nombre de césariennes	850	28%	800	27%	972	30%
Nombre de naissances vivantes	2.593		2.581		3.060	
Nombre de décès maternels	49		49		79	
Ratio de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100.000 naissances vivantes)	1.629		1.670		2.469	
Nombre de patientes référées	112	4%	141	5%	253	8%

- Ressources humaines

Durant les gardes de jour, l'équipe minimale requise au bloc obstétrical se compose de trois sages-femmes titulaires, un médecin titulaire et deux Agents Techniques de Santé (ATS). La nuit, l'équipe ne se réduit que d'un seul ATS.

Les agents techniques de santé sont chargés des soins de la parturiente (sondage vésical, lavage rectal), du nouveau-né (mesures, toilette) et souvent de l'entretien des locaux.

Les sages-femmes sont au nombre de vingt et restent sous la responsabilité d'une sage-femme surveillante générale [10].

Les médecins titulaires se hiérarchisent selon les statuts suivants : médecins assistants, maîtres assistants, maîtres de conférence, maîtres de conférence agrégés, professeurs titulaires, professeurs titulaires agrégés. Il faut savoir que la spécialité des médecins en Guinée n'est que très récente. Avant, seule l'expérience justifiait la spécialité mais aucun diplôme ne le prouvait. Désormais, les médecins désirant exercer en service hospitalier de gynécologie-obstétrique, doivent passer leur Certificat d'Etude Spécialisée (CES) de Gynécologie Obstétrique. Cette formation de trois ans consiste en cours théoriques, en stages

hospitaliers en Guinée et en un stage de plusieurs mois dit de “technologie avancée” dans un pays disposant d’un matériel technique plus moderne. Ainsi, depuis cette réforme, la profession reste très hétérogène dans ses compétences. Une directive du Ministère de la Santé, datant de février 2003, prévoit une mutation des médecins titulaires ne possédant pas leur CES de Gynécologie Obstétrique des CHU vers les Centres de Santé et les Centres Médicaux, mais le changement ministériel de février 2004 trouble sa réalisation [11].

Il est important de noter que les médecins ne sont pas formés à l’extraction instrumentale du fœtus, ainsi ni ventouse ni forceps ne sont pratiqués à la maternité de Donka, engendrant inévitablement un manque dans la formation des médecins stagiaires.

Les médecins stagiaires préparant leur certificat d’étude spécialisée de Gynécologie Obstétrique sont communément appelés “CES 1, 2 ou 3” selon l’année de leur cursus. Certains sont déjà recrutés par l’Etat et sont alors rémunérés, d’autres réalisent leur formation à leurs frais. La maternité de Donka en regroupe une dizaine, sans qui elle ne pourrait fonctionner. En effet, les CES se retrouvent en première ligne dans la répartition du travail et réalisent une garde de vingt-quatre heures tous les cinq jours en plus de leur présence quotidienne en semaine. Chaque jour, ils opèrent, font les visites et rendent des comptes à leurs titulaires hiérarchiques.

Se rajoutent également à la liste du personnel, un infirmier anesthésiste, un garçon de salle et un ou deux étudiants en médecine par garde.

Cependant, si le système de garde semble bien organisé en théorie, en pratique chacun vient travailler selon son gré. Au final, la maternité se retrouve envahie par un flux constant de personnes sans réels référents, auquel se rajoute la famille des patientes et aussi celle des soignants.

- Le matériel

La maternité souffre d’un réel manque de matériel, auquel se combine une pénurie d’eau et de nombreuses coupures d’électricité. Il y a au moins des tables d’accouchements, des lits et des paravents dans les salles d’accouchements doubles.

Les salles d’accouchements sont très propres mais semblent vides. Les tables n’ont pas de draps, plus d’étriers. Pas un crayon ne traîne dans la pièce. La sage-femme sort au besoin un stéthoscope de Pinard, un mètre ruban, un tensiomètre ou un pelvimètre emprunté au médecin ou à la surveillante du service, qui est vite récupéré au risque de disparaître.

Les patientes se présentent à la maternité avec quelques pagnes en tissu et un peu de nourriture disposée dans un seau. Les vieux pagnes sont destinés à éponger le liquide amniotique, le sang et les excréments, à défaut de compresses, et un pagne propre est réservé pour recouvrir le nouveau-né, ce qui permet aussi de l’identifier. Quant au seau, il sert à recueillir le placenta précieusement conservé conformément aux pratiques culturelles.

Pour l'accouchement, les sages-femmes n'utilisent qu'un trousseau d'instruments. Cette boîte métallique renferme une paire de ciseaux, deux pinces kocher, une pince à griffes et un petit élastique pour clamber le cordon. Seulement, servant à longueur de journée, ces instruments défectueux rarement remplacés finissent par être inutilisables. Entre chaque accouchement, ils sont trempés dans de l'eau de javel. Les responsables de la maternité sont très rigoureux sur l'hygiène du matériel et des locaux, dans les limites du contexte sanitaire guinéen et dépensent 286.000 FG par mois (environ 76 €) pour l'achat de dix cartons d'eau de javel et un carton de lessive [46].

Après la naissance, les bébés sont emmenés dans la salle néonatale. Cette pièce ne dispose que d'une table de réanimation, sans aucun dispositif d'aspiration, d'oxygénation ou de chauffage. Les enfants, enveloppés dans leur pagne respectif, sont tous placés côte à côte sur la petite table. On peut en voir jusqu'à quatre, se réchauffant entre eux.

En salle d'opération, la pénurie est extrême : une table dans une grande salle vide. Le coin de réanimation sert d'entrepôt au vieux matériel inutilisable et aux bouteilles d'oxygène vides.

Pour travailler dans ces conditions restreintes, les soignants sont souvent contraints de constituer leur propre stock de matériel. Par exemple, une sage-femme souhaitant appliquer la surveillance du travail horaire avec un toucher vaginal doit prévoir un budget pour l'utilisation augmentée de gants ou prendre le temps de les laver. Cette participation individuelle va de la tenue de travail, des gants jusqu'à la boîte d'instruments pour les chirurgiens. Evidemment, tout matériel plus coûteux ou sophistiqué engendre convoitise et vol.

Cependant, ce système très individualiste est devenu néfaste au système collectif. Les dispositifs et petits matériels médicaux sont rares et chers. Le moindre thermomètre mis à disposition dans un service disparaît pour être revendu sur le marché ou dans une clinique privée. La maternité se retrouve entièrement dépouillée de son "maigre" équipement dans l'indifférence générale, chacun y participant plus ou moins. Ce phénomène est pratique courante en Guinée et ce, malgré des programmes gouvernementaux de lutte contre cette forme de racket.

Ainsi, le matériel offert par les aides internationales sans être disponibles plus de quelques semaines finit par décourager les donateurs. Par exemple, le ballon de réanimation néonatale, offert par une entreprise française n'a pu servir que cinq jours et les nombreux cartons de petits matériels envoyés par containers n'ont pas atteint la maternité (matériel emporté dans le cadre de notre stage).

### 3.1.4 Prise en charge d'une parturiente

- Déroulement de l'accouchement

Lorsqu'une patiente se présente en salle d'accouchement, elle est accueillie par une sage-femme. Les femmes peuvent se présenter seules ou accompagnées par une parente ou une

personne la “protégeant”. Dans ce dernier cas, l’équipe de garde investit beaucoup moins la prise en charge des patientes. De manière générale, la femme est accompagnée vers une table d’accouchement où elle est examinée. Les dystocies de démarrage sont rares, les patientes préfèrent accomplir le plus long du travail à domicile et ne venir que pour accoucher. Si le travail semble engagé, la patiente reste à la maternité. L’ouverture d’un dossier obstétrical est souvent faite, reprenant les consultations prénatales si le carnet de suivi a été présenté mais cette étape nécessite fréquemment la pression de la visite médicale.

Commence alors un travail soutenu et dirigé par les sages-femmes. Tous les moyens pouvant accélérer le travail sont expérimentés (lavage rectal, expression utérine, dilatation manuelle) et si la patiente peut se le permettre, les thérapeutiques sont combinées (Syntocinon® (ocytocine) en débit libre, Bricanyl® (terbutaline sulfate) en intra-veineuse directe toutes les quinze minutes, atropine (en intra-musculaire sus-pubienne). Le travail devient une véritable épreuve de force.

Au moment de l’expulsion, la sage-femme utilise un pagne pour “protéger le périnée”: cette pratique consiste à couvrir le périnée et maintenir les parties molles du périnée entre les doigts pour limiter la distension, seulement, elle ne permet aucun contrôle visuel. Les épisiotomies sont rares malgré la prévalence élevée des excisions, ceci s’explique par le manque de fils de suture et la nécessité d’un médecin pour la réfection, les sages-femmes n’étant pas compétentes pour cet acte. Par conséquent, les déchirures sont assez fréquentes et ne sont pas toujours suturées.

L’expulsion se doit d’être rapide, en l’absence d’une surveillance du rythme cardiaque fœtal, justifiant une expression utérine “musclée” presque systématique.

- L’accueil du nouveau-né

Les bébés naissent régulièrement avec un Apgar très faible et ne s’adaptent à la vie extra-utérine qu’après une réanimation soutenue et dynamique par la sage-femme. A l’accouchement le nouveau-né n’est pas posé sur le ventre de sa mère, le liquide amniotique étant perçu comme une souillure. Il est alors posé entre ses jambes le temps de sectionner le cordon. En l’absence de cri, le bébé est violemment frictionné et secoué en tous sens. La technique de dégagement de voies aériennes se réduit en une grosse insufflation brutal d’air dans la bouche au travers d’une compresse, expulsant les sécrétions par le nez. Ce geste réussit souvent à faire crier le nourrisson qui est alors suspendu par les pieds quelques secondes.

La réanimation peut-être prolongée jusqu’à trente minutes pour un nouveau-né à terme, les prématurés décourageant davantage les soignants.

Après les mesures de la taille, du poids et du périmètre céphalique, on se presse de le nettoyer. Une croyance traditionnelle véhicule l'idée que le liquide amniotique, s'il n'est pas lavé, laissera une odeur indélébile sur l'enfant. Ainsi, la toilette n'épargne aucune partie du corps. D'ailleurs la douche froide et le bouchon de paille utilisé pour frotter offre une stimulation efficace aux bébés hypotoniques.

Ensuite, l'enfant est placé avec les autres sur la table de réanimation (en panne depuis deux ans) enroulé dans un pagne sans être vu par sa mère avant le départ de la salle.

- Surveillance du post-partum immédiat

En l'absence de complications hémorragiques, il est donné une à deux heures de repos à la mère. Dès qu'elle peut ensuite se remettre debout et manger un peu, elle rentre à domicile accompagnée par une parente. Ne restent en observation que les femmes césarisées. Si l'enfant présente une difficulté d'adaptation pouvant être prise en charge par les pédiatres et financée par la famille, il peut alors être hospitalisé à l'Institut de Nutrition et de Santé de l'Enfant (INSE), dans la même enceinte que la maternité.

## 3.2 Les moyens à disposition pour une diminution de la mortalité maternelle

### 3.2.1 Ouverture de dossiers obstétricaux et archivage

Lorsqu'une patiente se présente à la maternité que cela soit pour un accouchement ou pour une surveillance de grossesse, la procédure administrative impose l'ouverture systématique d'un dossier obstétrical. Celui-ci coûte 5.000 FG (1,30 €) à la patiente qui se le procure auprès de la surveillante du service par l'intermédiaire du soignant. Dans les situations où la femme se trouve dans l'incapacité de payer (indigente, inconsciente), il peut exceptionnellement être délivré gratuitement selon l'appréciation des responsables de la maternité.

Dans ce dossier de douze pages seront retranscrits tous les renseignements indispensables au suivi de la grossesse : renseignements administratifs, antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, antécédents gynécologiques et obstétricaux puis les consultations prénatales y sont recopiées. Le suivi de grossesse, est inscrit dans le carnet de santé du futur enfant. Celui-ci comprend notamment un score des facteurs de risque de la grossesse, un bilan du 9<sup>ème</sup> mois, un compte-rendu de l'accouchement et un bilan de l'enfant à la naissance. Ainsi, lorsque la patiente arrive à l'hôpital, elle présente ce carnet aux sages-femmes dans une continuité de prise en charge.

Le dossier comprend aussi une page d'admission en salle d'accouchement, un partogramme, une page d'information sur l'enfant à la naissance et une page vierge pour les éventuelles suites de couches et la consultation post natale [annexe 2].

Depuis janvier 2000, tous ces dossiers sont précieusement conservés dans la salle des archives de la maternité. Le responsable des archives travaille à plein temps pour organiser et répertorier les dossiers, empilés sur les étagères de la pièce. Des cahiers d'activités cataloguent par année les accouchements et les décès maternels.

- Evaluation

Les dossiers ont pour but de conserver une trace écrite de la prise en charge de toute patiente venue à la maternité mais aussi de sensibiliser les soignants sur leur responsabilité professionnelle.

Or, les dossiers sont rarement complets. Certains sont rapidement remplis mais ne mentionnent ni date, ni signature. A l'extrême, d'autres sont complètement vierges à l'exception du nom de la femme. Les consultations prénatales ne sont pas souvent recopiées et la page concernant l'enfant semble laisser perplexes les auteurs. Hâtivement remplis ou achevés avant la visite du chef de service, ils mettent parfois plusieurs semaines pour atteindre la salle des archives.

Malgré le travail du responsable, d'importantes divergences sont constatées entre les dossiers et les cahiers de relevé : des dossiers manquent ou ne sont pas catalogués, classés dans une autre pile. La consultation des dossiers requiert de la motivation: ils sont uniquement regroupés par piles de cinquante centimètres par année mais sans ordre chronologique. Avant de se lancer dans une étude, il faut les trier, les répertorier, trouver les manquants, vérifier l'intégralité des données dans les cahiers de comptes-rendus opératoires. De quoi décourager les intéressés...

### 3.2.2 La formation sur le partogramme

Des études sur l'impact du partogramme ont révélé que le personnel utilisait mal cet outil pour la surveillance de l'accouchement [48]. Le modèle utilisé comporte dans la phase active du travail deux lignes dans le but de servir de repères aux sages-femmes : une ligne "d'alerte" du médecin et une ligne "d'action" pour extraire l'enfant [annexe 2]. Mais une mauvaise compréhension du remplissage du partogramme peut induire en erreur. Par exemple, une sage-femme recevant une patiente à neuf centimètres de dilatation commença son partogramme en plaçant sa croix sur la ligne "9" de la phase de latence à heure zéro. En examinant toutes les heures la femme présentant une stagnation de la dilatation, elle attendit alors que son tracé atteigne la ligne "d'alerte", soit 15 heures, pour en référer au médecin.

Pour éviter ce genre d'incompréhension, une importante formation sur le partogramme a été organisée par le ministère de la santé, avec des appuis financiers internationaux. Ce séminaire, organisé en plusieurs semaines au cours de l'année 2004, a initié les 160 sages-femmes de Conakry à son utilisation et les a particulièrement sensibilisées aux situations dystociques. Toutes les sages-femmes de la capitale ont été formées dans l'un des deux CHU, soit la moitié de l'effectif national. Des séminaires similaires sont prévus dans le reste du pays mais demandent une organisation plus complexe.

- Evaluation

A ce jour, le partogramme révisé de l'OMS ne comprend plus de phase de latence (source de trop d'erreurs), on commence maintenant directement à 4 cm [23]. Normalement tous les pays ont adopté le nouveau partogramme mais en pratique, les hôpitaux nationaux guinéens ne disposent que de l'ancien.

Malgré la formation, le manque de motivation et les contraintes de surveillance de la femme sont un frein à sa mise en place par les sages-femmes. Après le séminaire, on pouvait encore observer une absence ou une mauvaise utilisation de celui-ci par quelques professionnelles.

### 3.2.3 Les consultations prénatales

A Donka, les consultations prénatales ne sont pas faites dans l'enceinte de la maternité mais au sein d'un bâtiment réservé aux diverses consultations externes (pédiatrie, gynécologie, pneumologie et d'autres), à l'entrée de l'hôpital. Le service de consultations obstétricales correspond à une pièce, un paravent sépare la partie bureau de la partie examen. Trois sages-femmes titulaires et une fille de salle y travaillent sous la responsabilité d'une sage-femme référente. Le médecin du service supervise à la fois les consultations de gynécologie et d'obstétrique mais n'est jamais sollicité pendant les consultations.

La pièce est équipée d'une table d'examen, d'un pèse-personne, d'un tensiomètre, d'un mètre ruban et d'un stéthoscope de Pinard.

Ce service ouvert en semaine de 9h30 à 16h, horaires plus ou moins respectés selon les consultants, accueille les femmes adressées par le service de gynécologie lors du dépistage d'une grossesse et celles venant de leur propre initiative. Les rendez-vous sont ensuite donnés d'un mois sur l'autre jusqu'au 9<sup>ème</sup> mois.

Au cours de la consultation, la sage-femme remplit le carnet de santé du futur enfant qui détient une page sur le suivi de la grossesse [annexe 1]. Elle interroge la patiente sur sa situation familiale et ses antécédents. Les antécédents obstétricaux sont résumés dans le trinôme « gestité, parité, vivants ». En effet, les décès infantiles sont tellement fréquents que le nombre d'enfants vivants n'apparaît pas comme une question superflue. On rencontre des

femmes “10<sup>ème</sup> geste, 8<sup>ème</sup> pare, 4 vivants” mais la cause ou l’âge du décès ne sont pas recherchés. Ensuite la patiente est examinée : poids, tension artérielle, colorations des conjonctives, hauteur utérine, puis toucher vaginal. Après le dépistage urinaire d’albumine, elle repart avec une ordonnance de fer, acide folique et chloroquine en systématique. De plus, la vaccination antitétanique est contrôlée et réalisée pendant la grossesse si besoin.

A Donka, les sages-femmes de consultation sont particulièrement motivées par la Prévention de Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH-SIDA. Elles ont suivi une formation sur les conseils et l’approche du dépistage. Elles réalisent ainsi un travail de sensibilisation à toutes les patientes, appelé “counseling”, à la fin duquel elles proposent le dépistage anonyme et gratuit.

- Evaluation

Bien que la conduite des consultations respecte les normes admises, les sages-femmes, toutes en fin de carrière, travaillent dans la routine. De plus, le manque de formation et de mises à niveau entrave les détections précoces des complications. Par exemple, elles s’accordent à penser que la mesure de la hauteur utérine en centimètres correspond à l’âge gestationnel en semaines d’aménorrhées: «40 semaines d’aménorrhées équivalent donc à 40 centimètres de hauteur utérine».

Enfin, malgré une motivation réelle pour le dépistage anonyme et gratuit du VIH-SIDA, le système de cahiers attribuant un numéro à un nom afin de préserver l’anonymat engendre vraisemblablement des confusions. La vérification des correspondances révèle des cas d’inversion et d’oubli de patientes, non sans conséquences.

### 3.2.4 Les kits d’urgence

Depuis 1995, pour pallier au manque de matériel, la surveillante de la maternité prépare des “kits d’urgence”. Elle regroupe dans des sacs plastiques le nécessaire complet pour la réalisation d’une césarienne. Grâce à ceux-ci, lorsque le pronostic vital d’une parturiente est engagé en l’absence de césarienne, l’opération peut être réalisée en diminuant les délais. Avant, une ordonnance était remise à la famille qui achetait les produits en ville. Ces kits comprennent généralement des compresses, des fils de suture, un nécessaire à perfuser, un nécessaire pour le pansement, les médicaments anesthésiques et des antibiotiques. Mais les pénuries sont fréquentes, surtout pour les fils de suture très rares.

Ce kit coûte 30.000 FG (environ 8 €). Pour pérenniser le système, le remboursement par la famille se fait après l’intervention dans le but de reconstituer la réserve.



- Evaluation

Ce principe participe largement à la diminution de la mortalité maternelle en favorisant une prise en charge rapide. Pourtant, il ne dépend que d'une personne courageuse et motivée : la surveillante du service. On comprend bien que toutes les familles ne puissent pas rembourser la somme du kit après l'intervention, alors il faut tirer sur les prix, et récupérer les produits inutilisés. De plus, les pénuries entraînent la hausse des tarifs, rendant alors inaccessible le nécessaire. Ainsi, la surveillante fait fonctionner le marché informel pour maintenir le secteur public, achetant une partie des produits sur les marchés.

Néanmoins, il persiste toujours un dysfonctionnement dans ce système. Devant la fréquence des vols, ces kits sont disposés sous clé dans le bureau de la responsable, qui surveille scrupuleusement leur utilisation mais il n'a pas encore été trouvé de solutions pour le laisser à disposition la nuit. Ainsi, en l'absence d'un supérieur hiérarchique détenant la clé, les parents doivent alors aller acheter le nécessaire en ville.

### 3.2.5 Le staff

Le staff a lieu dans une salle de réunion de la maternité à 8h00 du lundi au samedi. Il est difficile de réunir l'équipe des sages-femmes de garde sortant de la nuit de travail, seule l'une d'elles se présente et ouvre le staff en exposant les activités de la garde. Le relais est pris par le médecin stagiaire (CES) de garde qui présente les accouchements compliqués, les comptes rendus opératoires des césariennes et des interventions gynécologiques des vingt-quatre dernières heures. Sont aussi présents tous les autres CES disponibles, les étudiants en médecine en stage et un ou plusieurs médecins titulaires présidant le staff.

Cette présentation de toutes les complications obstétricales et gynécologiques est organisée dans le but d'apporter des données critiques et d'échanger autour de la prise en charge des patientes pour ne pas perpétrer les mêmes erreurs et aboutir à des soins optimaux.

- Remarque

Toutefois, la réalité est tout autre. Les poursuites judiciaires peu fréquentes dénaturent les responsabilités professionnelles. Les questions essentielles ne sont pas toujours abordées. Les propos sont plus souvent centrés sur des notions de la littérature médicale que sur la prise en charge obstétricale. Au final, on passe des fois à côté de l'important, alors qu'une réflexion plus profonde sur les mécanismes aboutissant au décès, sans pour autant chercher à juger ou à disculper les professionnels, apporterait peut-être des solutions.

### 3.3 Analyse des dossiers des décès maternels du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> septembre 2004 à Donka

#### 3.3.1 Méthode

Ce travail résulte de l'analyse réalisée, durant mon stage, de tous les dossiers de femmes décédées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> septembre 2004 (date de mon retour en France) à la maternité de l'hôpital Donka. Celui-ci a nécessité une vérification soigneuse et un tri de tous les cahiers d'accouchement, de décès et une recherche de l'ensemble des dossiers. Cinq n'ont pas été retrouvés, correspondant à des décès récents, évoqués au cours des staffs. L'hypothèse la plus probable est le délai nécessaire aux médecins pour transmettre ceux-ci aux archives après une étude personnelle. L'inclusion des dossiers a été accomplie selon la définition de la mortalité maternelle de la Classification Internationale des Maladies [13]. Quarante-huit dossiers ont été examinés dont 2 furent exclus pour absence d'un état de grossesse dans les 42 jours précédents.

L'absence d'un certain nombre d'informations dans les dossiers et la multiplicité des étiologies ont rendu complexe ce travail. Dans ce dernier cas, il a été retenu l'étiologie paraissant essentielle.

#### 3.3.2 Résultats

- Résultats généraux

Du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> septembre 2004, 2.247 accouchements ont été réalisés à la maternité de l'hôpital et 45 décès maternels ont été enregistrés. L'activité du service durant cette période est récapitulée dans le tableau 7.

Tableau 8: Activités obstétricales du 01/01/2004 au 01/0/2004 de la maternité de Donka

Activités	Nombre	%
Nombre d'accouchements	2.247	
Nombre de césariennes	713	32%
Nombre de naissances vivantes	2.023	
Nombre de décès maternels	45	
Décès maternels pour 100 accouchements (taux de létalité)	2,00%	
Décès maternels pour 100.000 naissances vivantes	2.224 / 100.000	
Nombre de patientes référées	365	16%

Parmi le nombre de décès, deux patientes arrivées mortes à la maternité après un accouchement à domicile ont été incluses et seront par la suite classées dans la catégorie “dépôt de corps”.

- Moment de survenue du décès

Les 45 décès s'étendent de 6 semaines d'aménorrhée au 31<sup>ème</sup> jour du post-partum. Le tableau 8 résume leur classement selon le moment de survenue. On observe que la majorité des décès surviennent dans les 24 premières heures qui suivent la naissance (42%) avec une majorité dans les toutes premières heures.

Tableau 9: Répartition des décès maternels selon le moment de survenue

Période	Nombre	Pourcentage
Premier trimestre	2	4%
Deuxième trimestre	6	13%
Troisième trimestre	7	15%
Accouchement	3	7%
Premier jour du post partum	19	42%
2 <sup>ème</sup> au 42 <sup>ème</sup> jour du post partum	5	11%
Inconnue	3	7%
Total	45	100%

- Etiologies des décès

Compte tenu du contexte et de l'analyse rétrospective des dossiers, les étiologies sont basées principalement sur la clinique et sur les examens biologiques essentiels (taux d'hémoglobine, dépistage du paludisme, numération sanguine) mais la mise en place d'entretiens avec la famille (autopsie verbale) ne pouvaient pas être réalisée. L'hôpital ne disposant pas de médecin légiste, aucune autopsie médicale n'a été pratiquée.

Dans cette analyse, 73,3% des décès maternels sont attribuables à une cause obstétricale directe dont près de la moitié seulement à des cas d'hémorragies. Les causes obstétricales indirectes représentent 24,5% des décès et se répartissent entre deux causes : l'anémie isolée et la crise sévère de paludisme. Les étiologies sont récapitulées dans le tableau 10.

Tableau 10 : Etiologies des décès maternels à la maternité de Donka (01/01 au 01/09 2004)

Etiologies	Nombre	Pourcentage
<b>CAUSES OBSTETRIQUES DIRECTES</b>	<b>33</b>	<b>73,3%</b>
Hémorragie :	<u>14</u>	31,1%
• Hématome rétro placentaire	9	
• Hémorragie de la délivrance	3	
• Dépôt de corps	2	
Avortement provoqué :	<u>6</u>	13,3%
• Complicé d'infection	5	
• Intoxication médicamenteuse	1	
Eclampsie	<u>5</u>	11,1%
Rupture utérine	<u>4</u>	8,9%
Infection :	<u>2</u>	4,4%
• Infection puerpérale	1	
• Post-opératoire	1	
Grossesse extra-utérine	<u>1</u>	2,2%
Accident transfusionnel	<u>1</u>	2,2%
<b>CAUSES OBSTETRIQUES INDIRECTES</b>	<b>11</b>	<b>24,5%</b>
Anémie isolée	<u>7</u>	15,6%
Paludisme	<u>4</u>	8,9%
Etiologie inconnue	1	2,2%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

L'étiologie de l'un des décès n'a pas pu être identifiée. En effet, la patiente a été retrouvée morte dans le service d'hospitalisation 5 heures après une césarienne à terme pour bassin rétréci, déroulée sans complication particulière.

### 3.3.3 Commentaires

#### 3.3.3.1 Le rapport du nombre de décès au nombre d'accouchements

Pour 2.247 accouchements répartis sur 7 mois, il a été enregistré 45 décès, ce qui représente un taux de létalité de 2 pour 100 accouchements. Ce chiffre illustre à lui seul l'ampleur et la fréquence de la mortalité maternelle au sein de l'hôpital. Bien sûr, ce rapport est biaisé par la vocation de référence obstétricale de la maternité de Donka et ne saurait servir comme indicateur pour évaluer la prévalence nationale. Durant la période d'analyse, 16% des patientes admises en salle d'accouchement sont référées par les structures périphériques ou les professionnels isolés. Le taux de césarienne important (32%) est justifié par la quantité massive de complications dont l'intervention chirurgicale s'avère l'ultime traitement.

#### 3.3.3.2 Les causes de mortalité maternelle

- Hémorragie

Première cause de décès dans cette série, l'hémorragie intervient dans 31,1% des cas. Son importance s'explique par l'accumulation d'une grande quantité de facteurs péjoratifs. En particulier, les accouchements réalisés par du personnel non qualifié ou à domicile ont abouti à deux cas de dépôt de corps après une hémorragie de la délivrance. Les hémorragies s'expliquent aussi par une mauvaise surveillance du travail et de la délivrance, une pratique obstétricale traumatique (expression utérine, dilatation manuelle entraînant des déchirures du col, traction violente sur le cordon) et la difficulté d'acheminement du sang et des médicaments. Dans les cas où les patientes sont mortes suite à un hématome rétro placentaire, les dossiers révèlent un retard au diagnostic (surtout lors de métrorragies minimes) et un retard au transfert vers un centre de référence.

- Avortement provoqué

Six femmes sont décédées des suites d'un avortement provoqué, soit 13,3%. Trois d'entre-elles avaient moins de 25 ans (16, 19 et 22 ans), les autres étaient âgées de 26, 29 et 37 ans. Leur mort s'explique par un réel manque de structure de planification familiale, une difficulté d'accès à une contraception et l'absence de loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse. Se combinent à cela une pratique illégale des avortements dans des conditions précaires causes de 5 septicémies et d'1 intoxication médicamenteuse.

- Eclampsie

Cinq cas d'éclampsie sont enregistrés. Ils s'expliquent par une mauvaise surveillance des grossesses (prise de tension artérielle pas systématique pendant les consultations) et une mauvaise connaissance des signes évocateurs de la pré-éclampsie. Le diagnostic n'est réalisé que tardivement lors de la crise convulsive. De plus les retards au traitement sont dus à une obtention difficile des médicaments en urgence la nuit (pas de stock d'urgence à la maternité) et une qualité de la prise en charge de la crise fonction des ressources de la famille.

- Rupture utérine

Quatre des 45 patientes décédées présentent une rupture utérine. Ceci est l'aboutissement d'une mauvaise surveillance du travail (activité utérine), de l'absence de détection d'une disproportion céphalo-pelvienne et d'un retard de référence au diagnostic de travail dystocique. Pour deux cas, il s'agit d'une grossesse rapprochée après un antécédent de césarienne.

- Infection

Deux cas d'infections se sont terminés par le décès de la parturiente. Les infections résultent d'une intrication de facteurs comme l'absence d'antibiothérapie en cas de rupture prolongée des membranes, de conditions d'hygiène médiocre : des touchers vaginaux multipliés, des fautes d'asepsie durant les interventions. Il est difficile d'attribuer l'origine de la contamination infectieuse mais il est sûr qu'un travail de sensibilisation et de formation sur la prévention des infections doit être assurée avec persévérance.

- Grossesse extra-utérine

Le seul cas de grossesse extra-utérine produisant la mort d'une patiente s'explique par un retard au diagnostic par un défaut d'accès aux examens complémentaires essentiels (échographie, dosage sanguin de  $\beta$ -HCG), devant un tableau clinique peu spécifique et une prise en charge tardive.

- Accident transfusionnel

Un cas d'accident transfusionnel a été répertorié dans la série. Il s'agit d'erreur d'appréciation ou d'inattention. Le manque de matériel de réanimation (oxygène, solutés de remplissage) entrave alors la prise en charge du choc. Dans le cas étudié, une poche de sang d'un groupe sanguin différent de celui de la patiente a été transfusée malgré un "test au pied de la malade" révélant une incompatibilité sanguine.

- Anémie

Dans sept cas, on n'a retrouvé que l'anémie sévère comme cause de la mort de la femme, avec des taux d'hémoglobine variant de 2 à 4 g/dl pour six patientes et une dont le taux est de 5,8 g/dl. Les anémies sont fréquemment dues à une carence nutritionnelle et à un intervalle court entre les grossesses successives ne permettant pas la régénération des réserves en fer et folates. Présente aussi dans d'autres cas de décès, l'anémie a sans doute aggravé d'autres complications telle l'hémorragie.

- Paludisme

Quatre des décès ont été attribués au paludisme devant un tableau clinique caractéristique (fièvre, frissons, céphalées, splénomégalie, convulsion, ictère, anémie). Dans la moitié des cas, le diagnostic a été confirmé par un dépistage sanguin. Dans la totalité des cas, les patientes n'ont pas bénéficié d'un traitement préventif durant la grossesse.

### 3.3.3.3 Notion d' « évitabilité »

En se penchant sur le parcours qu'ont suivi ces femmes, nous ne pouvons pas esquiver la question : ces décès auraient-ils pu être évités ? Il est difficile de répondre à cette interrogation compte tenu de la méthode d'analyse utilisée. Une telle étude isolée, réalisée par une seule personne, qui plus est, étrangère au service est entravée par une vision très subjective et sans doute trop critique. Pour faire cette il est indispensable de se lancer dans un recueil et une analyse de plus grande ampleur mettant à contribution les protagonistes. C'est le rôle de l'audit des décès maternels qui associe analyse du dossier, en discussions avec l'équipe qui a pris en charge le cas, et entretiens auprès de la famille (autopsie verbale) pour comprendre les facteurs indirects (non reconnaissance du danger ou manque de transport). Cataloguer les décès évitables de façon isolée n'a pas de valeur pédagogique et ne conduit pas à la prise de conscience recherchée, mais est perçu par le personnel soignant comme un reproche et un jugement non fondé.

Cependant, dans le but d'illustrer les mécanismes favorisant les cas de morts maternelles, il est pourtant intéressant de mettre en évidence les principes qui auraient pu permettre d'échapper à une telle fin. Bien sûr, ces appréciations restent subjectives et sont à nuancer dans un contexte socio-économique d'extrême pauvreté.

Dans la série, les décès estimés "probablement évitables" représentent 87% :

- l'absence de soins ou le suivi de grossesse et du travail par du personnel non qualifié (12 cas)

- l'absence de dépistage des facteurs de risque et des complications pendant le suivi prénatal (6 cas)
- l'hésitation ou le refus des soins (2 cas par la patiente, 4 par la famille).
- l'absence ou retard au transfert (8 cas)
- le retard au diagnostic et/ou au traitement (6 cas)
- l'erreur thérapeutique: pratique obstétricale traumatique, erreur de diagnostic (14 cas)

On dénombre ainsi 52 motifs d'évitabilité pour 39 cas estimés "probablement évitables". L'imbrication de différents facteurs de "perte de chance" est à l'origine de la complexité du problème. On comprend alors combien la mortalité maternelle guinéenne doit être abordée par en tenant compte des données socio-culturelles, économiques, anthropologiques et médicales pour espérer la voir diminuer à terme.

### 3.3.4 Conclusion

En comparant cette analyse de dossiers à l'étude réalisée sur tous les décès maternels survenus à la maternité de Donka au cours de l'année 1987 [49], on n'observe pas de réelle amélioration. Les chiffres sont quasiment similaires: 89 décès maternels sur une année répertoriant 4.839 accouchements (1,84%). Les étiologies et motifs de décès évitables se retrouvent dans des proportions proches. Même si des mesures d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux ont été entreprises en réponse à la sonnette d'alarme tirée en 1987, les progrès sont modestes pour ne pas dire décourageants.

Les mesures qui pourraient être proposées n'ont rien de novateur. Il est toujours aussi indispensable d'équiper les maternités périphériques, d'organiser des systèmes de transport et de communication pour évacuer les femmes à temps des centres périphériques vers l'hôpital de référence, d'informer les professionnels sur les mesures d'hygiène, de développer la planification familiale, de sensibiliser les femmes à la reconnaissance des signes de danger et à l'importance d'être assisté par du personnel qualifié à l'accouchement ainsi que d'améliorer la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Le défi reste l'engagement du personnel de santé (problème de formation, bas salaires, ...)

On peut expliquer cette stagnation par l'insuffisance de mesures concrètes locales et le manque de prise de conscience de la part du personnel soignant. L'amélioration passe par une gestion étroite et continue entre la mesure de la mortalité, son analyse, la prise de décisions adaptées immédiates et consenties puis une nouvelle évaluation des évolutions. On parle ainsi de "cycle de surveillance de la mortalité maternelle" [50].



## Perspectives

Alors que les tendances de mortalité maternelle mondiales sont globalement encourageantes, la situation en Afrique Subsaharienne reste inquiétante. Les priorités en matière de santé maternelle affichées par les gouvernements, sous les pressions des agences internationales, ne se concrétisent pas toujours sur le terrain. Plus de quinze ans après le lancement de l'Initiative pour une « Maternité sans Risque », aucune amélioration n'est observée dans cette région de l'Afrique, alors que la majorité des décès sont estimés évitables [16]. Les stratégies basées sur la formation des accoucheuses traditionnelles et le dépistage de facteurs de risque lors des soins prénataux sont décevantes (valeur prédictive des facteurs de risque trop faibles). La Guinée illustre bien cet échec avec un taux de couverture en consultations prénatales de 71% en 1999 contre seulement 58% en 1992 [21] sans pour autant être accompagné d'amélioration des indicateurs de mortalité maternelle.

Considérant l'utopie du risque nul de la grossesse et de l'accouchement, le concept de "grossesse à moindre risque" ou *making pregnancy safer* aboutit en 2000 à l'élaboration de nouvelles stratégies. A ce jour, l'effort est déployée dans un vaste travail recentré sur l'organisation des systèmes de santé avec la priorité globale donnée à une "assistance qualifiée à l'accouchement" et à l'accès aux soins obstétricaux urgents.

*« La présence à l'accouchement, d'un agent de santé doué de compétences obstétricales, assisté par des possibilités de transport adéquates dans le cas où une référence en urgence est requise, est probablement l'intervention la plus utile pour rendre la maternité plus sûre » (Starrs 1997) [20].*

Ainsi en 1999, lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies tenue au Caire (Egypte), tous les pays se sont engagés à multiplier leurs efforts pour atteindre l'objectif d'une assistance qualifiée pour 80% des accouchements pour 2005. Certains pays en développement d'Amérique Latine et des Caraïbes y sont parvenus, d'autres pays comme ceux d'Afrique du Nord espèrent l'objectif pour 2010 mais les pays d'Afrique Subsaharienne comme la Guinée laissent encore perplexe sur une réussite d'ici 2015 [16].

## *Conclusion*

La Guinée, avec une estimation ajustée de 740 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, se classe dans les vingt-huit pays les plus sévèrement touchés par la mortalité maternelle sur cent quatre-vingt-neuf [1]. Bien qu'elle participe, la pauvreté n'explique pas à elle seule des chiffres aussi alarmants. Les causes médicales sont mieux connues mais la compréhension des mécanismes aboutissant à la mort des mères passe par l'analyse de nombreux autres déterminants. Les facteurs socio-économiques ne doivent pas être négligés. Toutefois ils s'avèrent secondaires à côté de la responsabilité des services de santé maternelle. Des dysfonctionnements tels que les pénuries de matériel, de sang, de médicaments ; que les mauvaises relations entre les soignants et les soignés, les accouchements effectués en l'absence de personnel compétent ou les retards à la prise en charge des complications, causent la majorité des décès maternels, pourtant évitables parfois.

Le problème est d'autant plus préoccupant qu'il s'accompagne d'une morbidité maternelle démultipliée. Pour un cas de décès en Afrique de l'Ouest, les complications obstétricales directes vont causer des lésions sévères, parfois irréversibles, chez une trentaine d'autres femmes [51]. Il s'agit de femmes jeunes dont la maladie ou la mort plonge les familles et leurs communautés dans des situations dramatiques.

La santé infantile et juvénile est directement liée à la mortalité maternelle. Lors du décès d'une mère, la survie et le développement de ses enfants se trouvent très compromis. L'amélioration des soins de santé maternelle et une prise en charge qualifiée à l'accouchement pourraient éviter les trois quarts des décès périnataux [15].

Ainsi, la mortalité maternelle représente l'un des principaux problèmes mondiaux de santé publique. Son engrenage multifactoriel nécessite une mobilisation massive et soutenue sur du long terme de la part des décideurs politiques, des acteurs de santé et des populations. En Guinée, les efforts doivent être maintenus pour offrir aux mères une prise en charge plus sécurisée de leurs grossesses. D'autres pays en développement ont prouvé que la situation peut incontestablement s'améliorer par des actions peu coûteuses et efficaces.

Les conférences sur la mortalité maternelle passent et dressent les mêmes constats. Elles donnent des objectifs pour 2000, pour 2005, pour 2015 sans noter d'améliorations. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement fixent une réduction de la mortalité maternelle des trois quarts entre 1990 et 2015....la Guinée réussira-t-elle à réaliser ce défi ?

L'histoire apporte de belles démonstrations de réussites dans des pays en développement. Le Sri Lanka, malgré des ressources limitées, à réduit de trois quarts son ratio de mortalité maternelle national en misant sur la professionnalisation des soins à l'accouchement [20]. Pourquoi un tel succès n'arriverait-il pas prochainement en Guinée ?

En tenant un descriptif global de la mortalité maternelle en Guinée, ce mémoire espère sensibiliser les professionnels de l'obstétrique à un drame qui ne peut être ignoré. Puisse ce travail servir à ceux dont l'action internationale suscite un attrait !

# *Bibliographie*

- 1- OMS/UNICEF/UNFPA. Maternal Mortality in 2000. Estimates developed by OMS, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. WHO. Geneva, 2004. 30p.
- 2- Système des Nations Unies, République de Guinée. Rapport National sur les Objectifs de Développement du Millénaire. Conakry, octobre 2002. 29 p.
- 3- Charles B, Bah AO, Chéneau-Loquay A, Topol Y, Gilles I, Schwartz J. Guinée L'après-Sékou Touré. Politiques Africaine n° 36. 78p.
- 4- Africa-onweb. Histoire de l'Afrique. [base de données en ligne] Histoire de la Guinée. Disponible sur : <http://www.africa-onweb.com/pays/guinée/histoire.htm>
- 5- Agence du Système des Nations Unies en Guinée (HCR / PNUD/ BM/ FNUAP/ OMS/ UNICEF/ UNESCO). Bilan commun pays. Décembre 2000. 65p.
- 6- Site du gouvernement de la République de Guinée. La santé. Disponible sur : <http://www.guinee.gv.gn/>
- 7- UNICEF. Rapport de l'évaluation nationale des besoins en soins obstétricaux d'urgence en République de Guinée. Juillet 2004. 78p.
- 8- Ministère de la Santé Publique, République de Guinée. Plan National de Développement Sanitaire. 2003/2012. 65p.
- 9- Ministère de la Santé Publique, République de Guinée. Plan Quinquennal de Développement Sanitaire. 2003/2007. 62p.
- 10- Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de soins. Ministère de la santé publique. Politique des soins paramédicaux en Guinée. Janvier 2005. 52p.
- 11- Diallo Y. La prise en charge des risques obstétricaux d'urgence. Etude socio-anthropologique. Conakry, mission du 9février au 4 avril 2004.
- 12- Direction Nationale de la Statistique, Ministère du Plan et de la Coopération, République de Guinée. Enquête Intégrale sur les Conditions de vie des ménages avec module Budget et Consommation (EIBC). 1994/1995. 209p.
- 13- OMS. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Vol. 2. OMS. Genève, 1995. p.139-143.
- 14- OMS. Réduire la mortalité maternelle. 1999. 26p.
- 15- Family Care International / Groupe Interorganisations sur la maternité sans risques. "Maternité sans risques" fiche d'information. 1998. 37p.

- 16- AbouZahr C, Wardlaw T. La mortalité maternelle à la fin d'une décennie: des signes de progrès? Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Recueil d'articles n°5, 2001. 10p.
- 17- OMS / UNICEF. Estimations révisées pour 1990 de la Mortalité maternelle. Nouvelles méthodologies OMS/UNICEF. Avril 1996. 16p.
- 18- OMS / UNICEF. La Méthode des Sœurs appliquée à l'Estimation de la Mortalité maternelle: Conseils aux utilisateurs potentiels. Disponible sur : [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rht\\_97\\_28\\_fr/RHT\\_97\\_28\\_chap4.fr.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rht_97_28_fr/RHT_97_28_chap4.fr.html)
- 19- UNFPA. Soins obstétricaux d'urgence. Liste récapitulative pour les planificateurs. Soins obstétricaux de base et complets. [en ligne]. Disponible sur : [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/314\\_filename\\_checklist\\_mmu\\_fre.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/314_filename_checklist_mmu_fre.pdf)
- 20- De Brouwere V, Lerberghe. WV. Réduire les risques de la Maternité: Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation and Policy, 18, 2001. 480p.
- 21- Macro International Inc. / FNUAP, Agence Américaine pou le Développement International, Direction Nationale de la Statistique, Ministère du Plan et de la Coopération, République de Guinée. Enquête Démographique et de Santé Guinée 1999 (EDS). Conakry, mai 2000. 281p.
- 22- Keita N, Diallo MS, Hijazy Y, Barry MD, Touré B. Ruptures utérines A propos de 155 cas observés à Conakry (République de Guinée). Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction, 1989, vol. 18, n°8, p. 1041-1047.
- 23- OMS. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS. Genève, 2004. 436p. Téléchargement possible à partir du site OMS de Santé Génésique : [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/index.html)
- 24- Diallo FB, Camara Y, Diallo AB, Diallo TS, Doukouré MF, Touré B, Diallo MS, Baldé MD. Evolution de la mortalité maternelle à Conakry de 1982 à 1993. Communication au 3<sup>ème</sup> congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO). Yaoundé (Cameroun), décembre 1994. p.147-165.
- 25- Camara MD , Onivogui G, Camara AY, Diallo AB, Diallo FB, Diallo A, Diallo MS. La prévention de l'infection dans le service de référence du CHU d'Ignace Deen de Conakry, Guinée. Communication à la 39<sup>ème</sup> Conférence du Collège Ouest Africain des Chirurgiens. Conakry (Guinée), février 1999, p.23-28.
- 26- Diallo AB, Diallo FB, Camara Y MD, Dieng A, Camara AY, Diallo MS. Le pronostic maternel et fœtal au cours de la césarienne à l'Hôpital Ignace Deen de Conakry. Guinée Médicale, 1997, n°18, p.4-9.

- 27- Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y. Césarienne= facteur de réduction de morbidité et de mortalité foeto-maternelle au centre hospitalier universitaire Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique Noire, 1998, tome 45 n° 6, p.359-364.
- 28- Diallo Y, Diallo AB, Diallo FB, SY T, Sylla MK, Onivogui G, Diallo MS. Les avortements provoqués : Morbidité et Mortalité dans les Cliniques universitaires de Conakry. Communication à la 41<sup>ème</sup> Conférence du Collège Ouest Africain des Chirurgiens. Nouatchott (Mauritanie), février 2001. 8p.
- 29- OMS. Aspiration Manuelle Intra-Utérine. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. Section 3 - Interventions. Disponible sur : [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/interventions/i\\_79\\_83\\_aspiration.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/interventions/i_79_83_aspiration.html)
- 30- Seye B. Les soins après avortements. Des études de cas sur les SAA au Burkina Faso et en Guinée. Novembre, décembre 2001. 40p.
- 31- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med 1994; 38(8): 1091-1100.
- 32- Thonneau P, Hijazy Y, Goyaux N, Calvez T, Keita N. Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. Bulletin of the World Health Organisation, 2002, 80 (5). p.365-370.
- 33- ONUSIDA/Commission Economique pour l'Afrique. Le SIDA en Afrique. Pays par pays. Forum 2000 pour le développement de l'Afrique. Genève, décembre 2000. 244p.
- 34- OMS/UNAIDS. Median HIV prevalence among women attending antenatal care clinics, by location, Guinea, 2001 HIV/AIDS Epidemiological surveillance update for the WHO African Region 2002 Country profiles. WHO/AFRO.
- 35- WHO/UNAIDS. HIV in pregnancy: a review. 1999
- 36- OMS. Traitements antiviraux : perspectives et réalité. Sauver des mères, sauver des familles : L'initiative PTME-PLUS. Genève, 2004. 13p.
- 37- Roll Back Malaria, OMS. RBM Infosheet. Paludisme et grossesse. Disponible sur : [http://mosquito.who.int/cmc\\_upload/0/000/015/369/RBMInfosheet\\_4fr.htm](http://mosquito.who.int/cmc_upload/0/000/015/369/RBMInfosheet_4fr.htm).
- 38- Prual A, De Bernis L, Ould El Joud D. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction, 2002 ; vol. 31, p. 90-99.
- 39- Oladipo Otolorin E. Paludisme pendant la grossesse. 35p.
- 40- OMS/UNICEF. Le Rapport sur le Paludisme en Afrique 2003. 120p.

- 41- Diallo MS, Diallo TS, Diallo FB, et al. Anémie et grossesse. Etude épidémiologique, clinique et pronostique à la clinique universitaire de l'hôpital Ignace Deen. Conakry, Guinée. *Revue Française de Gynécologie Obstétrique*, 1995; vol. 90, p.128–141
- 42- Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *American Journal of Clinical Nutrition*, July 2000, vol. 72, n° 1, 212S-240s.
- 43- Prual A. Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque? *Santé publique* 1999, vol 11, n° 2, p.167-185
- 44- Diallo FB, Diallo AB, Diallo Y, Goma O, Camara Y, Cissé M, Diallo MS. Mortalité maternelle et facteurs de risques liés au mode de vie. *Médecine d'Afrique Noire*, 1998; vol. 45, n° 12, p.723-728
- 45- PNUD. Rapport mondial sur le Développement Humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié. 2004. 285p.
- 46- Jaffré Y. Le CHU de Donka : La réforme « sur un fil ». Rapport de mission du 9 février au 6 mars 2004. 45p.
- 47- Ollivier F. Enquête sur l'usage rationnel des médicaments à l'hôpital national Donka, Conakry, Guinée. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. Soutenue le 30 juin 2003 à Nantes. 141p.
- 48- Camara AY, Diallo FB, Touré S, Touré A, Barry IS, Azoko D. Intérêt de l'utilisation du partogramme dans la surveillance de l'accouchement à la Maternité régionale de Boké et à la Maternité Préfectorale de l'hôpital de Coyah. *Guinée Médicale*, 1999, vol. 26, p.5-11.
- 49- Keita N, Hijazi Y, Diallo MS. Etude de la mortalité maternelle au CHU de Donka, Conakry (Guinée). *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction*, 1989. Vol.18, n°7. p.849-855.
- 50- OMS. Au-delà des Nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. OMS. Genève, 2004. 154p.
- 51- Prual A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Bréart G et le groupe MOMA. Morbidité maternelle grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'Ouest : incidence et létalité. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Recueil d'articles n°3*. 2000. p. 129-137.





# Annexe 2 : Dossier obstétrical de l'Hôpital Donka

1

## DOSSIER OBSTETRICAL

Nom du Médecin

Groupe Sanguin

Immunisation

Rubéole

Toxo

Tpha

Aci

Ag Hbs

HIV

Père

Prof.:

Patho:

NOM

Prénoms

NOM de F.F. DDN

ADRESSE

Situation de famille : 1 Celibataire.....2. Mariée.....3 Autre.....

Profession:.....

Niveau d'étude

0. Néant.....1.Primaire.....2.Secondaire

3.Technique.....4. Supérieure

GESTITE

PARTIE

---

### ANTECEDENTS OBSTRICAUX

Date	Lieu	Terme	GROSSESSE		ACCOUCHEMENT		ENFANT		ATCD
			En clair	Code	En clair	Code	Code		
				FC FC > 3 TA HTA traitée MP MAP traitée MO Môle PP Placenta Praevia MI MFIU IT ITG IV IVG DP DPPNI CE Cerclage EU Geu GM		AP prématuré < 34 SR CS Césarienne FO Forceps ou ventouse SI Siège DO Déchirure obstétricale HD Hémorragie de la délivrance Pa Présentation autre		RC RCIU <10° MA Macrosomie > 90° MF Malformé MN Mort-né TO Trauma obs CI Complication infantile grave SX sexe Pd poids Dc Décès	

---

#### ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

En clair

COL Pathologie Col

CON Conisation

SEI Pathologie du sein

OVA Pathologie de l'ovaire

XGY Chirurgie Gynécolo

STF Stérilité féminine

STM Stérilité Masculine

STX Stérilité mixte

PMA PMA

UTE Pathologie utérine

#### ANTECEDENTS MEDICO-CHIR

En clair

DI Diabète

OA Patho ostéo-articulaire

TA hypertension

OC Oculaire

NP Neuropsy-toxico

ED Endocrino.

EP Embolie-Plébite

XGY Cardiovasculaire

AC Anticorps ou Auto A.C.

GE digestif médical

XD Chirurgie digestive

NE Néphro-uropathie

HE Hématologie

PU Pathologie pulmonaire

AL Allergie

HD Maladie héréditaire

2 **GROSSESSE ACTUELLE**

Date des dernières règles..... J M A

Date prévue de l'accouchement..... J M A

déterminée par : 1DR 2 menotherme 3 échographie < 20 sem. 4 Incertaine.....

Contraception précédant la grossesse : 0 non 1 pilule 2 Stérilet 3 autre.....

Si oui : délai entre arrêt contraception et grossesse (mois)

grossess sous contraception : 0 non 1 oui.....

Délai entre la dernière grossesse et la grossesse actuelle (mois) .....

Stérilité précédant la grossesse actuelle : 0 non 1 oui.....

Si oui, grossess sous thérapeutique : 0 non 1 induction 2 fivette 3 autre.....

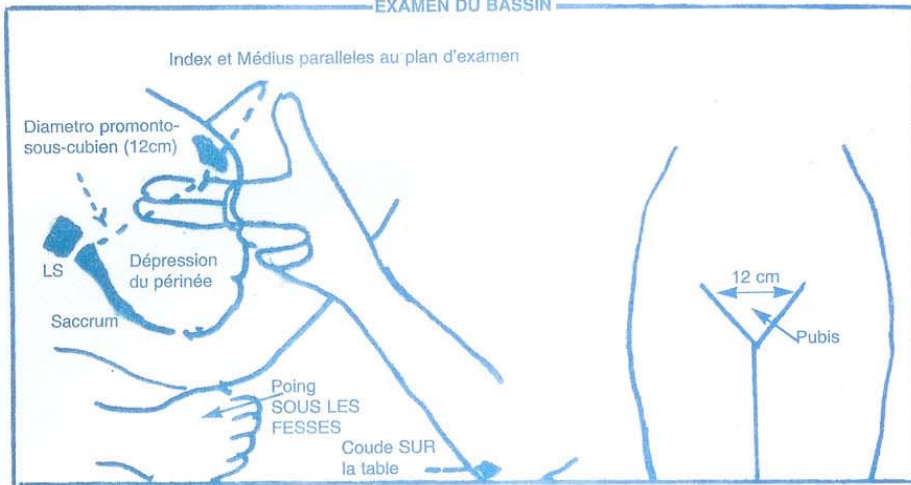
.....  
.....  
.....

NOTES PARTICULIERES

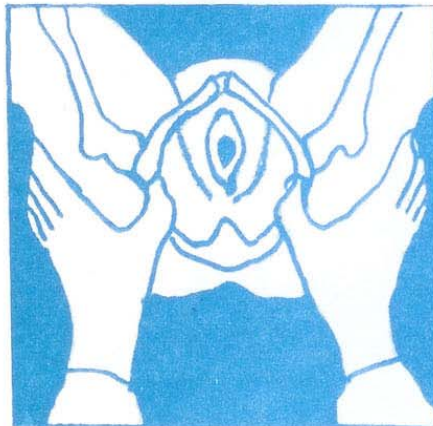




EXAMEN DU BASSIN

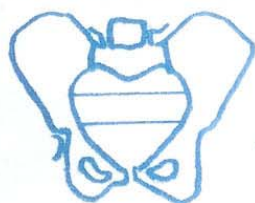


Détroit inférieur



9- Mensuration du diamètre bi-ischiatique

CONFRONTATION CEPHALO-PELVIENNE



Horizontale



ARCADE



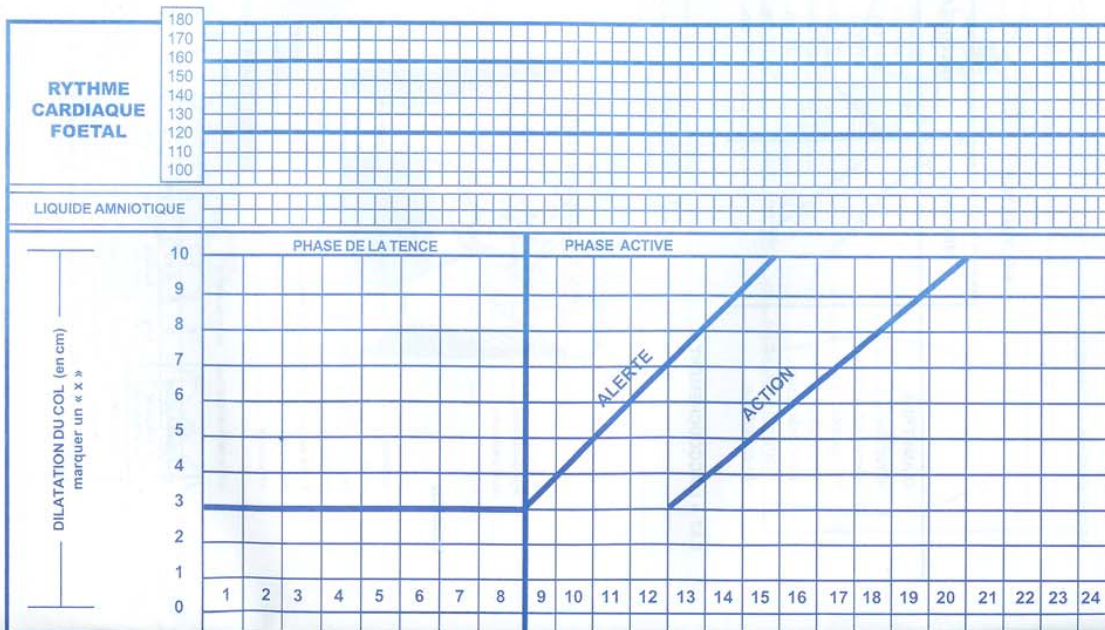
Conclusion : épreuve de travail - césarienne prophylactique

CONDUITE A TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

## PARTOGRAMME

16

Nom : .....HU.....CA.....POIDS PROBABLE DE L'ENFANT DAP.....  
 DDR ..... Date d'admission ..... Heure d'admission ..... Rupture des membranes.....  
 DPA ..... PRESENTATION CEPHALIQUE.....SIEGE.....Autres.....  
 DILATATION A L'ADMISSION.....



NIVEAU DE LA PRESENTATION																										
HEMORAGIE PENDANT LE TRAVAIL																										
EVALUATION BASSIN, ETC.																										
AUTRES.																										
NOMBRE DE CONTRACTIONS en 10 min.	5																									
	4																									
	3																									
	2																									
	1																									
OXYTOCINE U/I gouttes / min																										

MEDICAMENT ET INJECTION I.V.																								
T.A.	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80	[Empty grid for blood pressure]																						
TEMPERATURE °C																								

**RÉSUMÉ DE LA GROSSESSE**.....

.....

.....

**PELVIMETRE**

	MESURE	VALEURS NORMALES
<b>DIAMETRES</b>		
-Prépubien.....	.....	>12 cm.....
-Conjugué externe.....	.....	>19 cm.....
*-Bi-épineux.....	.....	24 cm.....
-Bi-crétal.....	.....	28 cm.....
-Bi-trochantérien.....	.....	32 cm.....
-Promonto sous pubien.....	.....	12 cm.....
-Bi-ischiatique.....	.....	11 cm.....

**CAT À L'ACCOUCHEMENT**.....

.....

.....

**ADMISSION EN SALLE DE TRAVAIL  
POUR ACCOUCHEMENT**

Le..... à..... par.....

Age gestationnel..... semaines

Motif d'admission :.....

.....

**EXAMEN**

1°..... poul..... TA.....

oedèmes..... protéinurie..... glycosurie.....

Poids..... prise de poids.....

HU.....bruits du coeur..... présentation.....

Contraction depuis le.....

Poche des eaux : intacte, fissurée, rompue depuis le.....

Col : longueur.....ouverture.....

Amnioscope.....

Indice dedéclenchement : score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation en cm	0	1 à 2	3 à 4	5
Longueur (%d'effacement)	long (0 - 30)	1/2 long (40-50)	Court (80-70)	Effacé (80)
Consistance	Ferme	Intermédiaire	Molle	
Position	postérieure	Intermédiaire	Antérieure	
Hauteur de la tête	Haute et mobile	Amorcée	Fixée	Engagée

ETAT A LA NAISSANCE

PRENOMS : ..... SEXE

POIDS 

--	--	--	--

Coéfficient d'apgar

	0	1	2	à 1 mm	à 3mm	à 5 mm	
Coeur	absent	< 100	≥ 100				
Respiration	absente	cris faible	vigoureux				
Tonus	flasque	légère flexion extrémités	bonne flexion extrémités				
Reflexe (Stimulation) Plante des pieds	pas de reponse	léger mouvement	Mouvement net + cri				
Couleur de la peau	bleu ou blanc	corps rose extrémité cyasées	tout rose				
			Total				

.....APGAR : à 1 mm.....  
à 5mm.....

- Apnée secondaire .....
- Emission de méconium à la naissance .....
- Emission d'urine à la naissance .....
- Anomalie au passage d'une sonde oesophagienne .....
- Anomalie au passage d'une sonde rectale.....
- Malformation externe .....
- Signe du Ressaut .....
- Lésion observée .....

REANIMATION

(aspiration et oxygénation de principe ne sont pas considérées comme réanimation)

si oui :

- Aspiration sous laryngoscope .....
- Ventilation au masque .....
- Intubation trachéale .....
- Massage cardiaque .....
- Injections médicamenteuses .....
- Durée de la réanimation (min).....
- Température en fin de réanimation .....
- Gycémie .....



**PREMIER EXAMEN  
DU NOUVEAU - NÉ**

**DEUXIÈME EXAMEN  
DU NOUVEAU - NÉ**

Fait le : .....au.....ème jour    Fait le : .....au.....ème jour

Par : .....    Par : .....

MENSURATIONS	.....	.....
Taille (cm)	.....	.....
Périmètre crânien (mm)	.....	.....
Diamètre bipariétal (mm)	.....	.....
EXAMEN CARDIO- PULMONAIRE	.....	.....
	.....	.....
TETE	.....	.....
	.....	.....
ABDOMEN	.....	.....
	.....	.....
OGE	.....	.....
EXAMEN ORTHOPEDIQUE	.....	.....
	.....	.....
EXAMEN NEUROLOGIQUE	.....	.....
	.....	.....
DIVERS	.....	.....
	.....	.....

**COURRIER**

# *La Mortalité Maternelle en Guinée*

529.000 femmes meurent chaque année dans le monde des suites de la grossesse ou de l'accouchement, dont 47% sur le continent africain. En se penchant sur le cas d'un pays en développement : la République de Guinée, on comprend alors toute la complexité de la mortalité maternelle.

Pour pallier au manque de données d'état civil fiables, des méthodes d'estimations sont mises en place dans le but d'obtenir des indicateurs en matière de santé maternelle et d'évaluer l'efficacité des programmes.

Le problème des décès maternel est compliqué. Tout ne se résume pas à la notion de pauvreté. En effet, il est indispensable de l'aborder par des perspectives obstétricale, épidémiologique, socio-culturelle et anthropologique. A partir de celles-ci, des stratégies sont établies pour tenter d'enrayer les mécanismes engendrant l'importante mortalité maternelle. L'effort est notamment déployé pour atteindre une "assistance qualifiée à l'accouchement" optimale et un meilleur accès aux soins obstétricaux urgents.

D'autres pays pauvres ont démontré que des solutions peu coûteuses peuvent largement contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Ces succès permettent ainsi d'envisager l'avenir guinéen avec optimisme.

**Mots-clés :** mortalité maternelle, Guinée, estimations, accès aux soins.