

LA MORTALITE MATERNELLE AU BURKINA FASO

Evolution et stratégie nationale de lutte

OUEDRAOGO C. (1), OUEDRAOGO A. (1), OUATTARA T. (1), AKOTIONGA M. (2), THIEBA B. (3), LANKOANDE J. (4), KONE B. (5)

RESUME

Au Burkina Faso la mortalité maternelle était estimée à 453 pour 100 000 NV en 1988. Depuis lors, une stratégie de lutte a été élaborée par le Ministère de la Santé en vue de réduire la mortalité maternelle. Elle a consisté en la réalisation des travaux de recherche sur les causes de mortalité maternelle, en l'élaboration d'une stratégie nationale de SMI et par des interventions (Extension capacité maternités CHN, Création CMA, Formation Médecins en chirurgie d'urgence, Application initiative de Bamako).

Une évaluation de cette intervention donnée dix ans plus tard a montré que le taux de mortalité maternelle est en hausse. Dix ans, c'est peut-être trop tôt pour conclure, mais les résultats montrent que des efforts multidisciplinaires sont à privilégier pour une meilleure lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso.

Mots clés : Mortalité Maternelle, stratégie de lutte, Burkina Faso.

SUMMARY

Maternal mortality in Burkina Faso : evolution and national strategy of fight.

In Burkina Faso, maternal mortality was estimated at 453 for 100 000 live birth in 1988. Since then, a national strategy of fight was worked out by the ministry for health in order to reduce the rate. It consisted of the realisation of the research tasks on the causes of maternal mortality, of the development of a national strategy of maternal and infantile health and by interventions (extension of the capacity of maternities, creation of the medical centre with surgical antenna, training of the doctors in emergency surgery, application of the initiative of Bamako). An evaluation of this intervention showed ten years later than the maternal death rate is in rise. Ten years, it may be too early to conclude, but the results show that multidisciplinary efforts are to be privileged for better fight against maternal mortality in Burkina Faso.

Key -words : Maternal mortality, national strategy of fight, Burkina Faso

1 - LE BURKINA FASO

Le Burkina Faso vit dans un contexte général de pauvreté avec un PNB par habitant équivalent à 330 dollars

US en 1995 [1]. La pauvreté frappe plus de 45 % de la population principalement dans les zones rurales. Cette pauvreté touche un grand nombre de femmes et d'enfants.

1 - Anciens Internes des hôpitaux de Ouagadougou, Gynécologues obstétriciens au Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou (CHNYO) - Burkina Faso

2 - Gynécologue obstétricien au CHNYO, Maître Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou - Burkina Faso

3 - Gynécologue obstétricienne, Assistante à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou - Burkina Faso

4 - Professeur Agrégé de gynécologie obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou - Burkina Faso

5 - Professeur de gynécologie Obstétrique, chef de service de gynécologie obstétrique du CHNYO, chef du département de gynécologie obstétrique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou - Burkina Faso.

Les indicateurs sociaux sont faibles :

- Taux de scolarisation au primaire 33,7 %,
- Taux d'alphabétisation : 22,2 %,
- Taux de prévalence contraceptive 17 % en milieu urbain et 2 % en milieu rural,
- Taux de mortalité général : 17,6 %.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso se caractérise par une morbidité et une mortalité générale élevée (17,6 %). Elle est imputable à l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire, principalement de la mère et de l'enfant [1].

Mortalité maternelle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

En 1988, on comptait [2] :

- 1 Médecin pour 37 494 habitants,
- 1 sage-femme pour 28 397 habitants,
- 1 infirmier pour 12 366 habitants,
- 1 accoucheuse auxiliaire pour 31267 habitants.

En 1997, soit dix ans après on comptait :

- 1 Médecin pour 29 000 habitants,
- 1 sage-femme pour 28 000 habitants,
- 1 infirmier pour 8500 habitants,
- 1 accoucheuse auxiliaire pour 15 370 habitants.

2 - EVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE DE 1988 À 1997

2.1 - Les Taux de mortalité maternelle

Au plan national

Au Burkina Faso, la mortalité maternelle était estimée en 1985 à 610 p 100 000 NV. Selon les statistiques de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé, le TMM était de 418 p 100 000 NV en 1988 et de 675 p 100 000 NV en 1997. Les estimations actuelles de l'OMS et de l'UNICEF donnent des taux encore plus élevés (93 0 p 100 000 NV).

Des études hospitalières et des enquêtes en population ont donné une estimation récente de la mortalité maternelle dans la ville de Ouagadougou :

- Une étude rétrospective dans les formations sanitaires de la ville de Ouagadougou sur l'évolution de la mortalité maternelle de 1990 à 1994 a permis de retrouver un TMM de 270 p 100 000 NV [3],
- 332 p 100 000 NV selon l'enquête MOMA en 1996 [5],
- Le taux de mortalité maternelle hospitalière pour la même période était de 5437,1 p 100 000 NV [6],
- A Bobo-Dioulasso, capitale économique du pays pour la même période, le TMM était de 2020 p 100 000 NV. A Ouagadougou, les évacuations sanitaires étaient les plus meurtrières.

Dans tous les cas on peut accepter la qualification «tragique» de la situation sanitaire des femmes au Burkina. Cette mortalité touche essentiellement les primipares jeunes de 15 à 20 ans et les multipares âgées de plus de 40 ans [5, 7, 8].

2.2 Les causes de mortalité maternelle

Depuis dix ans, les principales causes de mortalité mater-

nelle restent les mêmes :

- Hémorragies (rupture utérine, hémorragie de la délivrance),
- L'infection,
- L'anémie,
- Les complications de l'hypertension artérielle.

Outre ces causes obstétricales, nous avons noté certains facteurs contributifs de décès maternels qui sont d'une importance capitale [7, 8] :

- Le bas niveau socio-économique des familles surtout celles qui proviennent du milieu rural. Ces patientes pour la plupart évacuées, ayant déjà supporté les frais de l'évacuation, arrivent dans nos formations sanitaires sans moyens financiers suffisants pour faire face aux multiples ordonnances des soins pré et post-opératoires,
- La rupture des kits opératoires qui retarde les interventions chirurgicales,
- La pénurie de sang dans nos banques (liée à la pandémie du VIH) rend la transfusion impossible en cas d'urgence.

Comme nous l'avons souligné plus haut, les circonstances les plus meurtrières provenaient des évacuations sanitaires des centres périphériques vers les hôpitaux nationaux [7, 8].

Le retard à la prise en charge du fait de l'inexistence de produits immédiatement disponibles dans les centres de référence, la pénurie de sang dans les banques de sang sont des facteurs aggravants incontestables.

3 - STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE

Au plan national, un certain nombre d'actions ont été engagées.

3.1 Les programmes de SMI/PF (santé maternelle et infante / planification familiale)

Ils ont pour but de contribuer à réduire de façon significative les TMM et néonatales. Le niveau de réduction escompté était de 20 % pour le TMM et de 30 % pour le taux de mortalité néonatale d'ici l'an 2000.

Les grands axes de cette stratégie étaient :

- L'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des

Mortalité maternelle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

prestations offertes aux femmes enceintes, aux parturientes, nouveau-nés, aux adolescentes, au sein de la communauté et dans les formations sanitaires,

- La réduction des barrières et des obstacles socio-culturels à l'utilisation des services de maternité sans risque et spécifiques,
- L'implication des communautés et des autres secteurs dans la gestion des services de maternité sans risque.

Sur le plan de la disponibilité des services [2] :

- La CPN et les accouchements sont pratiqués par 85 % des formations sanitaires,
- La Planification Familiale par 68 % des formations sanitaires,
- La consultation pré-conceptuelle par 7 % des formations sanitaires,
- La vaccination par 85 % des formations sanitaires.

Sur le plan de l'amélioration des compétences (gestion des services, prestations cliniques)

- 54 % des agents de santé ont été formés dans la prise en charge des femmes enceintes,
- Elaboration des curriculums de formation et des politiques et standard en SMI / PF.

Le bilan du programme passé a permis d'identifier deux grands groupes de problèmes à résoudre au cours du prochain plan.

Il s'agit :

- Des problèmes liés aux services de santé (insuffisance de ressources, insuffisance dans la gestion des services de santé),
- Des problèmes liés à la santé des mères et des enfants.

3.2 La stratégie nationale pour une maternité sans risque

Au regard de la situation sanitaire préoccupante et des mauvais indicateurs en matière de SMI, les autorités du ministère de la santé ont décidé de l'élaboration d'une stratégie pour une maternité sans risque dont les principaux objectifs étaient :

- Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins,
- Réduire les obstacles socioculturels,
- Impliquer les communautés dans la gestion des programmes de santé de la reproduction.

Les principaux axes stratégiques s'articulaient autour des

points suivants :

- Le renforcement institutionnel,
- Le développement d'une approche IEC (information - éducation - communication) appropriée,
- La collaboration intersectorielle avec une mobilisation sociale en faveur de la SR

Cette stratégie devrait remplacer le dernier programme national de SMI / PF. Il faut souligner qu'il est en train d'être rédigé un document intitulé : «Plan d'orientation stratégique en Santé de la Reproduction» couvrant la période 1998 - 2007.

3.3 Les moyens de lutte engagés

La recherche [7, 9, 10]

Les différents travaux de recherche ont montré :

- Une faible fréquentation des services : 3 8,4 %,
- Une qualité des soins insuffisante : Accueil - Urgences,
- Un plateau technique insuffisant,
- Des évacuations tardives,
- Des difficultés de prise en charge,
- Des S.O.U. faiblement assurés,
- Un dysfonctionnement des structures périphériques (CMA non fonctionnels),
- Une insuffisance en personnel.

Actions menées

En vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelle au Burkina Faso, le Ministère de la Santé, le département de Gynécologie Obstétrique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou, la Société de Gynécologie et Obstétrique du Burkina (SOGOB) en collaboration avec la Cellule de Recherche en Santé de Reproduction (CRESAR / B) ont menées plusieurs actions.

Au titre du Ministère de la Santé

- Extension de la capacité technique et d'accueil des maternités de deux CHN (Ouagadougou et Bobo),
- La création des Centre Médicaux avec antenne chirurgicale,
- La formation des médecins en chirurgie d'urgence,
- La mise en place des kit d'urgence dans les centres hospitaliers.

Au titre de la SOGOB et de la CRESAR

- L'introduction du nouveau concept des soins post-abortum depuis 1997. En effet, l'introduction de

Mortalité maternelle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) d'améliorer la qualité de la prise en charge des complications d'avortement,

- Evaluation des besoins en santé de la Reproduction,
- La formation des prestataires de soins en prévention des infections (médecins, étudiants en médecine, paramédicaux),
- La construction d'une unité de planification familiale pour répondre aux attentes des utilisatrices,
- L'acquisition de matériel chirurgical, échographe et fongible au profil des maternités des CHN de Ouagadougou et Bobo-dioulasso grâce à un financement du FNUAP.

3.4 - Les intervenants

- Ministère de la Santé,
- Département de Gynécologie Obstétrique de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Ouagadougou,
- Les Centres Hospitaliers Nationaux,
- SOGOB,
- CRESAR et ONG (organisations non gouvernementales),
- Institutions internationales,
- Communautés locales.

3.5 - Le constat dix ans après

Dix ans après, on constate que le taux de mortalité maternelle est croissant (Figure n°1 et 2, tableaux n°1 et 2).

Figure n°1 : Evolution du TMM de 1988 à 1997 (DEP)

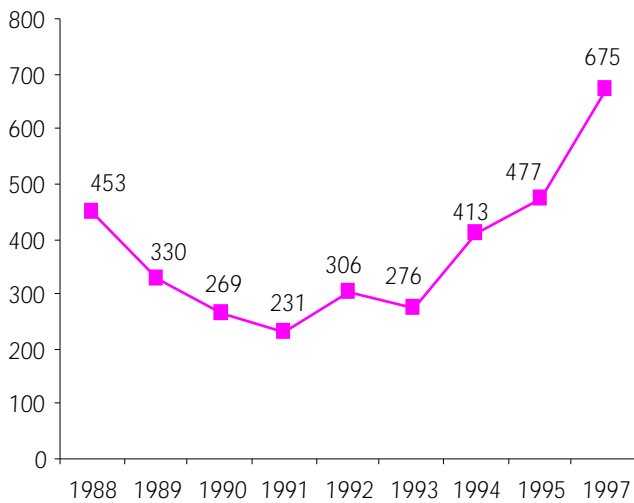


Figure n°2 : Evolution du TMM hospitalier de 1988 à 1997

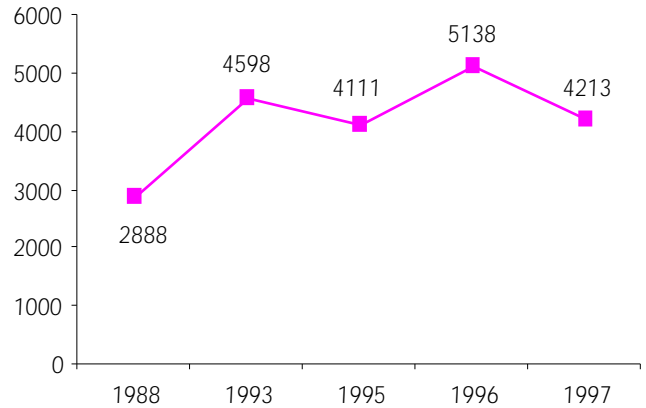


Tableau n°1 : Evolution du taux national de mortalité maternelle de 1988 à 1997

Année	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
TMM p 100.000 N.V.	610	350	278	308	333	580	567	930	566
Source de données	INSD (1)	DEP (2)	DEP	DEP	DEP	DEP	DEP	Unicef et OMS (4)	INSD

DEP = Statistiques de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé à partir des données hospitalières. Ces données sont incertaines car toutes les données hospitalières des décès maternels ne parviennent pas au Ministère de la Santé.

INSD = Institut National de la Statistique et de la Démographie. Les données de l'INSD reflètent un peu plus la réalité nationale (enquête démographique et de santé).

Tableau n°2 : Taux de mortalité maternelle en 1988 et en 1997

TMM p 100.000 N.V.	1988	1997
DEP		
National	453	675
Milieu urbain	567	322
INSD	610	566
Hospitalier	2888	4213

Mortalité maternelle...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11)

CONCLUSION

Dix ans, c'est trop tôt pour conclure. Des efforts importants restent à faire dans :

- . le recueil des données de mortalité maternelle sur le plan national,
- . la lutte contre l'ignorance et les entraves socioculturelles,
- . la lutte contre la pauvreté des populations,
- . la lutte contre la pandémie du SIDA.

BIBLIOGRAPHIE

1 - INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE
Enquête démographique 1991.

Ouagadougou : I.N.S.D. ; 1992 : 558.

2 - MINISTERE DE LA SANTE

Statistiques sanitaires 1994.

Ouagadougou : D.E.P. ; 1995 : 95.

3 - NAPON A. M.

Mortalité maternelle dans l'agglomération de Ouagadougou de 1990 à 1994.

Thèse de médecine. Ouagadougou. F.S.S. ; 1996 : 82.

4 - WHO and UNICEF.

Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach. April.

Genève. O.M.S. ; 1996 : 16.

5 - BOUVIER-COLLE M.H., PRUAL A., BERNIS L. et le groupe MOMA

Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis, et Kaolack (Maternal morbidity in West Africa. Results from a population based survey at Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis, and Kaolack)

Paris, Ministère des Affaires Etrangères - Coopération et francophonie, 1998.

6 - LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., SANOU J., KONE B.

Fréquences et causes de la mortalité maternelle en milieu hospitalier national de Ouagadougou, Burkina Faso.

Méd. Trop., 1998 ; 58, (3) : 309.

7 - LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., BONANE B., TOURE B., DAO B., SONDO B., KONE B.

Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité fœto-maternelle au Burkina Faso.

Méd. Trop., 1997 ; 57 (3) : 311.

8 - LANKOANDE J., SONDO B., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., KONE B.

La mortalité maternelle au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso) A propos de 123 cas colligés en 1995.

Rev. Epidémiol Santé publique, 1997 ; 2 : 174-6.

9 - SONDO B., COMBARY P.A., TESTA J., TRAORE A., KONE B.

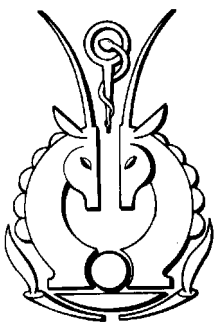
Consultations prénatales : opinions des consultants et qualité des prestations dans les centres de santé de Ouagadougou.

Annales de l'université de Ouagadougou, série B, Vol. IV, 1996 : 165-71.

10 - LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., TOURE B., OUEDRAOGO A., AKOTIONGA M., SANO D., DAO B., KONE B.

A propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou, Burkina Faso.

J. Gynecol Obstet Biol Reprod., 1997 ; 26 : 715-19.



Retrouvez

« **Le Pharmacien** d'Afrique »

sur Internet

WWW.santetropicale.com

ainsi que

Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
Odonto-Stomatologie Tropicale