



Accouchements compliqués

Mortalité maternelle :
une crise évitable



Table des matières

Introduction	4
Les programmes obstétricaux de MSF	5
Le moment critique : l'accouchement	7
Causes de la mortalité maternelle	8
Complications en temps de conflit	9
Côte d'Ivoire	10
Afghanistan	11
Somalie	12
Enceinte en exil, loin de chez soi	13
Kenya	14
République du Congo	15
Catastrophes naturelles : focus sur Haïti	16
Systèmes de santé fragiles	19
République centrafricaine	20
Soudan du Sud	21
République démocratique du Congo	22
Pakistan	23
Quand la mortalité maternelle est une urgence	25
Burundi	26
Nigeria	27



Mortalité maternelle : Une crise évitable

Chaque jour, près d'un millier de femmes meurent pendant un accouchement ou à la suite de complications pendant la grossesse¹. La mortalité maternelle peut se produire à n'importe quel stade de la grossesse, mais l'accouchement est de loin la phase la plus dangereuse pour la mère comme pour le bébé. La grande majorité de ces décès peut être évitée si l'accès aux urgences obstétriques est assuré.

L'expérience montre qu'au moins 15 pour cent des grossesses dans le monde présentent des complications qui peuvent être mortelles. En temps de guerre ou de crise, les femmes enceintes sont encore plus vulnérables parce que les services sanitaires se sont effondrés, sont insuffisants ou simplement inexistantes. Mais ces femmes ont besoin d'avoir accès à des urgences obstétriques de qualité qu'elles vivent dans une zone de conflit, dans un camp de réfugiés ou sous des bâches en plastique à la suite d'un tremblement de terre dévastateur.

En fait, elles ont besoin de la même assistance que toutes les femmes enceintes face à une complication : accès à une aide médicale appropriée – personnel qualifié, médicaments et matériel médical – afin de sauver leur vie et celle de leur bébé.

Une priorité de Médecins Sans Frontières (MSF) est de prodiguer des soins d'urgence obstétriques dans les situations de crises humanitaires aiguës ou chroniques. Dans le cadre des actions d'urgence de l'organisation, les équipes luttent contre les cinq plus grandes causes de mortalité maternelle : hémorragies, septicémie, avortements mal pratiqués, complications de l'hypertension artérielle et obstruction lors de l'accouchement.

Prodiguer des soins d'urgence obstétriques est la première préoccupation du travail de MSF en matière de santé gynécologique et obstétrique. D'autres soins médicaux prodigués aux femmes par MSF incluent les soins anténataux et postnataux, le planning familial, l'assistance aux victimes de violences sexuelles, le traitement des fistules, les soins après les avortements et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Cet exposé décrit la façon dont MSF prodigue des soins d'urgence obstétriques de qualité dans cinq types de situations de crise différentes :

- Conflit
- Déplacement de population
- Systèmes de santé fragiles
- Catastrophes naturelles
- Mortalité maternelle comme cas d'urgence

Les conflits, épidémies, catastrophes naturelles ou l'effondrement total du système de santé d'un pays sont des situations de crise auxquelles des millions de patients de MSF font face chaque jour dans le monde.

Mais la mortalité maternelle, c'est une situation qui peut être évitée.

1 Sauf mention contraire, toutes les statistiques (hormis pour les actions de MSF) proviennent de l'OMS.

MSF fournit des soins obstétriques dans 30 pays.

En 2010, plus de 150.000 bébés sont nés dans les projets MSF.

**Médecins Sans Frontières
Programmes obstétriques**

Afghanistan
Burundi
République Centrafricaine
Tchad
Colombie
République démocratique du Congo
Ethiopie
Guinée
Haïti
Inde
Iraq
Kenya
Liberia
Malawi
Niger
Nigeria
Pakistan
Papouasie Nouvelle Guinée
République du Congo
Fédération de Russie
Sierra Leone
Somalie
Soudan du Sud
Sri Lanka
Soudan
Ouganda
Yémen

■ Haïti

■ Colombie

■ Guinée
■ Sierra Leone

■ Nigeria
■ République Cent
■ Liberia

République du C

* Chiffres 2010 - Projets avec plus de 100 naissances par an



■ Fédération de Russie

■ Iraq

■ Afghanistan

■ Pakistan

■ Inde

■ Tchad

■ Soudan

■ Yémen

■ Somalie

■ Ethiopie

■ Soudan du Sud

■ Ouganda

■ Kenya

■ Burundi

■ République démocratique du Congo

■ Malawi

■ Sri Lanka

■ Papouasie
Nouvelle Guinée

Le moment critique : l'accouchement

Un décès maternel¹ peut survenir à n'importe quel moment de la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la naissance d'un enfant, mais l'accouchement est de loin la période la plus dangereuse pour la mère comme pour son bébé. La majorité des décès maternels surviennent juste avant, pendant ou juste après l'accouchement, généralement dues à des complications imprévues. À cet instant critique, toute femme doit pouvoir avoir accès à des soins d'urgence obstétriques de qualité : une équipe médicale qualifiée qui peut identifier le problème, des médicaments et le matériel nécessaire pour intervenir vite, sauver sa vie et celle de son bébé.

Action d'urgence médicale : Viser les cinq causes principales de décès

Face à une situation de crise, lorsque MSF lance une action d'urgence, elle concentre ses efforts sur une intervention médicale visant les causes principales

de la mortalité maternelle. Plus de 80 pour cent des décès maternels sont directement liés à des complications obstétriques qui auraient pu être évitées ou traitées. Les cinq principales causes de décès maternels – l'hémorragie, l'infection, l'avortement mal pratiqué, l'éclampsie et l'obstruction pendant l'accouchement – sont responsables de près de trois décès maternels sur quatre.

Dans le but de favoriser le plus rapidement possible la réduction de la mortalité maternelle lors de crises humanitaires aiguës ou chroniques, MSF a beaucoup investi dans le développement technique et logistique afin de prodiguer des soins d'urgences obstétriques et néonataux vitaux. Ces soins sont prodigués par un personnel médical qualifié – sages-femmes, obstétriciens, docteurs – capable de rapidement identifier et gérer toute complication potentielle.

Le personnel médical qualifié de MSF prodigue des soins vitaux dans le cadre des :

Interventions de base – attribution de médicaments pour traiter les infections, l'éclampsie, les hémorragies, extraction manuelle du placenta et autres substances, accouchements assistés par aspiration etc., et soins du nouveau-né.

MSF assure aussi des soins de plus haut niveau dans les hôpitaux où les femmes peuvent être admises en cas de besoin :

Interventions complètes – toutes les interventions mentionnées ci-dessus mais aussi les interventions chirurgicales (césariennes), transfusions sanguines, soins des bébés nés avec un poids insuffisant ou malades.

¹ On définit la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme ou l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou le lieu, pour une cause quelconque déterminée (directe) ou aggravée (indirecte) par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais non pas pour aucune cause accidentelle. (Organisation Mondiale de la Santé)



Causes de la mortalité maternelle

World Health Organization,
World Health Report 2005

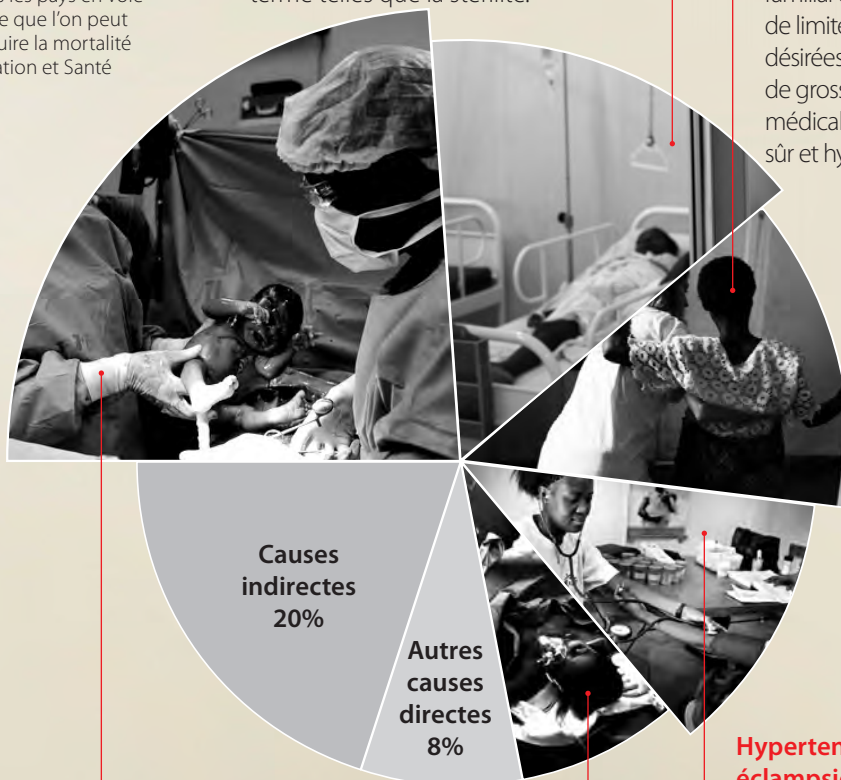
1 Hussein et al (2011) Etude des mesures de contrôle des infections dans le système de santé dans les pays en voie de développement : ce que l'on peut apprendre afin de réduire la mortalité maternelle, Mondialisation et Santé 7 :14.

Infections 15%

5,2 millions de nouveau cas d'infections maternelles apparaissent chaque année et l'on estime qu'il en résulte 62.000 décès maternels. Afin de prévenir les infections, il est essentiel que les femmes accouchent dans des conditions optimum d'hygiène et si une infection se déclare, il faut la traiter avec des antibiotiques. En plus du risque qu'elle présente pour la survie de la mère, cette condition est aussi liée à plus d'un million de morts de nourrissons et peut avoir sur la femme des conséquences à long terme telles que la stérilité.

Avortements risqués 13%

Près de la moitié des avortements pratiqués dans le monde sont menés dans des conditions précaires ; 98% de ces avortements à risque surviennent dans les pays en voie de développement. Réduire le nombre de décès dus aux avortements à risque nécessite une approche à multiples facettes. Toute femme qui se rend dans une unité médicale car elle souffre de complications après un avortement à risque (avortement incomplet, infection, hémorragie) doit pouvoir recevoir des soins appropriés. Déjà, afin d'éviter les avortements à risque, les femmes doivent avoir accès au planning familial et à la pilule contraceptive afin de limiter le nombre de grossesses non désirées et à une solution d'interruption de grossesse pratiquée par un personnel médical qualifié dans un environnement sûr et hygiénique.



Hémorragies 24%

Les hémorragies (saignements graves) comptent pour près d'un quart des décès maternels et peuvent causer la mort d'une femme en parfaite santé en seulement deux heures. La majorité des cas d'hémorragies surviennent immédiatement après l'accouchement et peuvent être évitées et traitées grâce à des mesures simples. Par exemple, une injection d'ocytocine administrée immédiatement après un accouchement est très efficace pour réduire le risque d'hémorragie postpartum. Dans certains cas, l'extraction manuelle urgente du placenta est nécessaire, et certaines femmes ont besoin d'une transfusion sanguine et/ou d'une intervention chirurgicale. Une hémorragie peut provoquer une sévère anémie à long terme.

Obstruction lors de l'accouchement 8%

Une obstruction à l'accouchement peut être causée par la morphologie de la mère - un pelvis trop étroit pour le passage de la tête du bébé, par une mauvaise position de l'enfant ou par des contractions utérines trop faibles. Sans une intervention médicale appropriée, la femme peut subir un accouchement de plusieurs jours et éventuellement mourir des suites d'une rupture de l'utérus. Généralement le bébé est mort-né ou décède rapidement après sa naissance. Un personnel médical expérimenté peut anticiper une obstruction ou identifier la lenteur du travail et décider d'un accouchement avec assistance instrumentale ou avec césarienne. Enfin, dans le cas de la survie de la femme, elle peut toutefois souffrir d'une fistule obstétrique (voir page 28).

Hypertension artérielle (pré-éclampsie/éclampsie) 12%

La pré-éclampsie est une complication de la grossesse provoquée par de l'hypertension artérielle qui se manifeste vers la fin du terme, pendant ou après l'accouchement. Son évolution – éclampsie – se caractérise par les convulsions. Dans sa forme légère, la pré-éclampsie est simplement surveillée pendant la grossesse mais une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie nécessitent une intervention à l'hôpital d'urgence. Si la tension artérielle peut être contrôlée grâce à des médicaments contre l'hypertension et si les convulsions peuvent être évitées grâce à l'administration de sulfate de magnésium, le seul remède contre cette condition est la naissance même du bébé qui doit avoir lieu le plus vite possible soit par voie vaginale soit par césarienne.

COMPLICATIONS EN TEMPS DE CONFLIT

Côte d'Ivoire
Afghanistan
Somalie

Au milieu de la mort et de la destruction provoquées par les conflits armés, la vie de tous les jours continue et ce sont souvent les femmes enceintes – victimes indirectes des conflits – qui remplissent les salles d'urgence de MSF.

Comme toutes les femmes enceintes dans le reste du monde, lorsque se présente une complication, elles ont besoin de soins d'urgence obstétriques de qualité. Mais si leurs besoins sont les mêmes, leurs circonstances ne le sont pas.

Les soins de santé secondaires sont une des premières victimes des conflits armés : les structures hospitalières sont souvent endommagées, détruites ou fermées, l'approvisionnement en médicaments et matériel médical est interrompu,

et de nombreux professionnels de la médecine fuient les régions dangereuses à la recherche d'un nouveau refuge. Dans une telle insécurité il est dangereux, sinon impossible, pour les femmes en demande de soins d'urgence obstétriques d'accéder à un établissement sanitaire opérationnel.

Prodiguer une assistance médicale à l'accouchement dans de tels contextes instables et dangereux est en soi difficile et demande une approche souple et pragmatique. Il n'est pas toujours possible d'offrir un ensemble de soins gynécologiques et obstétriques complet, en particulier au cours de la phase initiale des soins d'urgence. Aussi MSF se concentre-elle sur les soins les plus importants et les plus vitaux.

Les activités de proximité approfondies sont parfois impossibles à cause du danger. MSF met donc à profit chaque petite opportunité existante pour entrer en contact et faire savoir aux femmes qu'un service de maternité gratuit est disponible dans les locaux de MSF.

Une fois le contexte stabilisé, il est possible de mettre en place des activités plus variées et d'une plus grande portée, telles que l'éducation sanitaire, le suivi complet postnatal et le planning familial.



Côte D'ivoire

Quand la Côte d'Ivoire a sombré dans une crise politique violente après les élections présidentielles d'octobre 2010, les femmes enceintes d'Abidjan, la capitale économique, ont été confrontées à une crise d'un autre type. Les violents affrontements ont causé la fermeture de nombreux centres médicaux et un grand nombre de professionnels de santé ont fui la ville pour trouver refuge ailleurs. Les femmes qui avaient besoin de soins obstétricaux d'urgence se sont donc retrouvées livrées à elles-mêmes.

En février 2011, au paroxysme du conflit, Médecins Sans Frontières (MSF) a commencé à fournir une aide médicale d'urgence à des milliers de blessés à l'hôpital du ministère de la Santé d'Abobo, un des quartiers d'Abidjan les plus durement touchés par les combats. Recluses dans les locaux de l'hôpital, car il était trop dangereux d'en sortir, les équipes médicales ont fait face à une double urgence : un afflux de patients souffrant de traumatismes aigus, comme des blessures par balles et éclats d'obus, et des centaines de femmes qui avaient besoin d'un endroit pour accoucher en sécurité. Enregistrant parfois jusqu'à 80 naissances par jour, les équipes MSF ont supervisé 1 400 accouchements en seulement 56 jours. .



© Nicola Vigilanti

Caroline Seguin, coordinatrice d'urgence à l'hôpital d'Abobo, Abidjan

" À Abobo, la population n'avait plus accès aux services de santé, car toutes les structures médicales avaient fermé à cause des affrontements. Pendant le pic d'urgence, la situation à l'hôpital était catastrophique. Les urgences étaient saturées de blessés et nous devions soigner les patients en dehors du service, à même le sol. Dans le même temps, la maternité était submergée de femmes en train d'accoucher. La situation était très difficile parce que nous manquions de médicaments essentiels et que nous devions gérer un très grand nombre d'urgences en même temps. Mais l'équipe était très fière de pouvoir aider les femmes à donner vie au milieu des combats et des morts.

La gestion simultanée des urgences traumatiques et obstétricales était loin d'être facile. Au début, nous ne disposions que d'une salle d'opération, mais même l'ouverture d'une deuxième salle n'a pas suffi. Ne devions hiérarchiser les cas. Certains jours, nous devions pratiquer sept ou huit césariennes en plus des opérations chirurgicales traumatiques et des changements de pansement pour les blessés.

La situation sécuritaire était critique. L'hôpital était parfois envahi par des militaires armés jusqu'aux dents qu'il fallait calmer pour les convaincre de partir. Nous avons même reçu des balles provenant des combats environnants dans l'hôpital. Lorsque les affrontements à Abobo étaient trop intenses, il devenait trop dangereux pour les femmes de franchir les postes de contrôle au risque de recevoir une balle. Un grand nombre d'entre elles ont donc dû accoucher à domicile. Certaines femmes arrivaient trop tard et dans un état de santé diminué. Nous avons malheureusement eu des décès maternels. Mais nous étions les seuls à prendre en charge les accouchements compliqués. Beaucoup plus de femmes seraient mortes sans les services MSF. "

Lenet Kajogi, Point Focal Médical coordinateur d'action sur le terrain, hôpital d'Ahmad Shah Baba, Kaboul

" Une grande partie de la population de Kaboul peut se rendre à notre hôpital, ainsi les femmes n'ont pas besoin de faire de grands déplacements pour obtenir des soins médicaux. Le fait que tous les soins médicaux soient complètement gratuits dans notre hôpital implique que nous sommes aussi à la portée des plus pauvres qui n'ont pas les moyens de s'offrir les cliniques privées onéreuses qui sont parfois la seule autre possibilité dans cette région. Nous essayons de nous occuper de toutes les femmes en âge d'enfanter à Ahmad Shah Baba, mais alors que l'existence de cet hôpital se fait de plus en plus connaître, nous recevons de plus en plus de femmes des villages et des quartiers environnants.

Dans de nombreuses familles, les femmes ne sont pas autorisées à se rendre seules à l'hôpital, ni parfois même accompagnées. Beaucoup de femmes accouchent encore à domicile dans de mauvaises conditions sanitaires et ne sont pas conscientes des avantages à accoucher à l'hôpital afin de bénéficier de l'assistance du personnel médical. Il est aussi très difficile de convaincre les femmes [qui accouchent à l'hôpital] de revenir pour le suivi postnatal. Sur 500 accouchements, seules 10 femmes reviennent pour les soins postnataux, mais c'est une question sur laquelle nous travaillons beaucoup, grâce à la promotion de cette idée et à la communication avec nos patientes. Si les femmes ne reviennent pas après l'accouchement, elles s'exposent à des complications telles que les hémorragies postpartum qui peuvent leur coûter la vie. Les journées chargées peuvent être vraiment intenses. Nous effectuons en moyenne 25 accouchements par jour et si plusieurs ont lieu en même temps, cela peut être compliqué pour le personnel. Depuis l'ouverture de ce projet nous avons presque doublé notre taux d'accouchements – 3588 en 2009 et plus de 6000 en 2011. Notre personnel a suivi une formation complète ici, si bien que les sages-femmes afghanes de MSF peuvent maintenant superviser les grossesses sans l'assistance du personnel international.

Il y a une patiente que je n'oublierai jamais, une jeune femme de 25 ans qui est arrivée juste avant son accouchement souffrant d'un cas sévère de pré-éclampsie. Nous étions tous convaincus qu'elle ne survivrait pas mais nous avons réussi à diminuer sa tension artérielle et à effectuer son accouchement avec l'aide d'une ventouse obstétricale. Après trois jours difficiles, elle bavardait, assise avec son bébé dans les bras. C'était extraordinaire à voir, et très encourageant car elle est une de celles qui sont ensuite revenues pour les consultations postnatales. "



Afghanistan

L'Afghanistan est pour la femme l'un des endroits les plus dangereux au monde lorsqu'il s'agit d'accoucher. Des décennies de guerre continuent à affecter terriblement la disponibilité et la qualité des services de santé du pays ; la population souffre d'un manque généralisé d'accès aux soins médicaux, en particulier aux soins de santé secondaires dont les soins d'urgence obstétriques. Face à l'insécurité, beaucoup de femmes hésitent à faire le voyage long, dangereux et souvent onéreux jusqu'à un établissement sanitaire capable de prodiguer des soins de santé maternelle de qualité. Le secteur de la santé privée en Afghanistan est très répandu mais inabordable pour beaucoup d'Afghans, et la qualité des soins offerts est discutable. Le pays fait aussi face à un manque de personnel féminin qualifié et l'approvisionnement de médicaments et de matériel médical n'est pas fiable.

Ces dix dernières années, la population de **Kaboul** a triplé et reflète la tendance migratoire urbaine croissante, notamment des personnes forcées de fuir la guerre dans les régions plus instables de l'Afghanistan et des personnes revenues de camp de réfugiés au Pakistan. Dans le quartier en expansion d'Ahmad Shah Baba dans la périphérie est de Kaboul, MSF travaille aux côtés du personnel hospitalier local afin de prodiguer des soins dans toutes les unités de l'hôpital y compris un suivi médical maternel complet comprenant les soins anténataux, les accouchements, les urgences obstétriques et les soins néonataux.



© Oscar Sanchez-Rey

Somalie

Après plus de 20 ans de guerre civile et de sécheresses répétées, la Somalie subit toujours une crise humanitaire parmi les plus insolubles du monde. En plus de cet état d'urgence permanent, chaque jour, les Somaliennes font face à des statistiques alarmantes : le pays affiche en effet l'un des pires taux de mortalité maternelle au monde, soit un niveau deux fois plus élevé que la moyenne mondiale. Une femme sur 13 court le risque de mourir en couches ou pendant son accouchement.

La Somalie figure aujourd'hui parmi les lieux d'intervention les plus complexes de MSF. Une grande insécurité prévaut dans la plupart des régions, ce qui pose d'immenses défis pour déployer une aide humanitaire efficace et en toute sécurité. Le recours à du personnel international de soutien technique est encore largement limité étant donné les risques élevés et les restrictions imposées. Les projets sont donc gérés principalement par du personnel somalien, que soutiennent des équipes de spécialistes basées à Nairobi qui se rendent sur les lieux d'intervention lorsque c'est possible. Le conflit incessant a causé l'effondrement du système de santé, laissant ainsi la vaste majorité de la population sans accès aux services de base. Les services obstétricaux

d'urgence sont limités ou inexistants dans la majeure partie du pays. De plus, comme aller chercher des soins représente souvent un danger pour les femmes, celles qui présentent des complications pendant leur grossesse ou lors de leur accouchement se retrouvent dans une position d'extrême vulnérabilité.

L'une des régions où MSF répond à cette crise est le Middle Shabelle dans le centre de la Somalie. Les équipes y offrent une gamme complète de soins de santé maternelle grâce à un réseau de quatre centres situés dans les districts ruraux de Jowhar et Balcad. Au moyen de cliniques fixes et mobiles, le personnel offre également des soins de santé généraux, des traitements contre la malnutrition et un programme étendu de vaccination. Tous ces services sont fournis gratuitement.

L'un des objectifs de MSF en Somalie est de s'assurer que les femmes se rendent à l'hôpital à temps pour accoucher. En 2011, l'équipe de MSF a enregistré le décès de cinq mères ayant accouché dans leur communauté, mais qui, à la suite de complications, s'étaient rendues à l'hôpital de Jowhar trop tard. Dans cet hôpital, à 90 kilomètres au nord de Mogadiscio, ont accouché 1 834 femmes, dont 291 ont subi des complications. Quelque 126 femmes ont donné naissance par césarienne.



© Otavio Omati

L'histoire d'Hawa

Après trois jours de travail, Hawa, une jeune femme de 21 ans, a finalement été amenée à l'hôpital de MSF à Jowhar, à 18 kilomètres de son village. Le personnel médical qui l'a examinée a diagnostiqué un accouchement avec obstruction causé par une disproportion céphalopelvienne et une souffrance fœtale. Le personnel médical a donc décidé de procéder à une césarienne d'urgence pour laquelle il devait obtenir le consentement du mari. Celui-ci étant trop jeune, l'équipe s'est tournée vers le frère d'Hawa, qui a refusé, déclarant que la vie de l'enfant ne devait pas primer sur celle de sa sœur. Sur les conseils des médecins et des sages-femmes, le frère aîné a donné son accord, et le personnel a pu pratiquer la césarienne. Le bébé a dû être réanimé, mais heureusement, Hawa et son petit garçon ont tous deux survécu à cette rude épreuve.

Enceinte en exil, loin de chez soi

Kenya
République du
Congo

Les risques encourus par les femmes pendant une grossesse ou un accouchement sont accrus lorsqu'elles sont forcées de fuir leurs domiciles à cause de la violence et de l'instabilité. Tout comme les enfants, les femmes constituent l'un des groupes les plus vulnérables parmi les réfugiés et les populations déplacées, et la grossesse augmente cette vulnérabilité. Après des journées ou des semaines de marche, les femmes enceintes sont souvent très affaiblies lorsqu'elles rejoignent enfin une zone plus sûre. Les conditions de vie qui les attendent – manque d'abri, de nourriture saine et d'eau potable, exposition aux maladies contagieuses telles que le choléra et l'hépatite A – ne fait qu'accroître le

danger. Pour de nombreuses femmes, cet endroit où elles espéraient trouver refuge est en fait aussi instable, et donc se rapprocher d'une assistance médicale implique un voyage très périlleux.

Évaluer et gérer les demandes obstétriques d'urgence fait partie intégrante de l'action de MSF face aux situations aiguës ou prolongées de déplacements humains.

En fonction des équipements et les services déjà disponibles, MSF peut établir un réseau de postes de santé dans un camp ou dans une ville, à partir desquels les femmes qui ont besoin de soins obstétriques peuvent être envoyées dans un hôpital qui pourra intervenir dans le cas de complications médicales. Afin d'assurer que le plus grand nombre de femmes soient informées de l'existence et puissent bénéficier de ces services, une communication efficace avec les autres institutions médicales et les représentants officiels locaux est fondamentale.





Kenya

Dadaab, Kenya. Le plus grand camp de réfugiés au monde. Il abrite près d'un demi-million de personnes, dont la grande majorité a fui les conflits ou la faim en Somalie voisine.

Déjà confrontés à des conditions de vie difficiles, les réfugiés qui vivent dans ce camp doivent aujourd'hui faire face à une crise encore plus grave. En octobre 2011, à la suite de l'enlèvement de deux personnels de Médecins Sans Frontières (MSF) et d'une augmentation de l'insécurité, l'aide humanitaire a été sensiblement réduite. MSF est tout de même restée. Elle dirige à Dagahaley, un des cinq camps du complexe, un hôpital de 300 lits au maximum de sa capacité. Le service de maternité, qui offre des soins obstétriques d'urgence et pratique des césariennes en cas de besoin, enregistre actuellement environ 350 accouchements par mois.

Environ 20 % des réfugiés qui vivent à Dadaab sont des femmes en âge de procréer. En moyenne, huit bébés naissent au service maternité de MSF toutes les 24 heures. Ce service est également complété par un réseau de quatre postes de santé situés dans tout Dagahaley, où les femmes peuvent recevoir des soins prénatals. Le personnel soignant et les postes de santé réfèrent immédiatement les patientes à la maternité si ces dernières rencontrent des complications au

cours de leur grossesse ou souffrent d'autres problèmes obstétriques. En 2010, les équipes MSF ont mis 2 300 bébés au monde à l'hôpital.

Malgré la présence de services de maternité à Dagahaley, on estime en moyenne que 20 à 30 femmes par mois accouchent chez elles, où elles sont susceptibles de développer des complications ultérieures, notamment des infections. Pour réduire le nombre de naissances à domicile et encourager les femmes à accoucher dans l'environnement stérilisé et contrôlé de l'hôpital, MSF fournit un service spécial appelé « Mama Taxi ». Les femmes enceintes reçoivent le numéro d'un chauffeur qu'elles peuvent appeler lorsque les premières contractions surviennent. Cela leur évite d'avoir à chercher un moyen de transport dans le camp pendant la nuit, lorsque l'insécurité est plus grande, ou d'avoir à marcher trop longtemps pour se rendre à l'hôpital.

¹ MSF s'oppose à la pratique des mutilations génitales féminines de toute sorte à cause de leurs conséquences néfastes sur la santé des femmes. MSF ne participe d'aucune manière à ces pratiques et ne fournit pas d'équipement stérilisé à ces fins. Nous offrons toutefois des soins aux femmes qui souffrent des conséquences médicales de ces pratiques.

Pour réduire les risques de complication pendant la grossesse chez les femmes ayant subi une infibulation, il est nécessaire de sectionner la suture des lèvres pour que le nourrisson puisse passer (désinfibulation). MSF possède une politique consistant à refuser de recoudre les lèvres (réinfibulation). Les équipes MSF expliquent les raisons médicales aux communautés.

Dr Josiah Oyieke, chef du service maternité, hôpital de Dagahaley

"À la maternité, le principal défi auquel nous sommes confrontés est l'obtention du consentement des patientes en cas d'urgence. Souvent, les femmes qui nécessitent une intervention d'urgence ne sont pas en position de donner leur consentement pour la procédure requise et doivent obtenir la permission des membres de leur famille, pas seulement de leur mari, mais également de leurs proches. Le temps perdu à attendre le consentement de la famille peut être une question de vie ou de mort. Prenons le cas d'une femme qui est arrivée au service à un stade avancé de sa grossesse et qui présentait des saignements et une pression artérielle élevée. Elle a refusé de subir une césarienne et est rentrée chez elle alors que son bébé était mort in utero. Elle a dû revenir à la maternité car elle présentait des complications sévères et une coagulation du sang. Elle finalement subi l'opération, mais son utérus avait été tellement endommagé entretemps que l'équipe médicale a dû le lui retirer entièrement. Elle ne pourra plus avoir d'enfants. Les femmes que ne soignons ici présentent quasiment toutes des mutilations génitales féminines, et il s'agit des cas de type 3 (infibulation), les plus extrêmes. Cela peut avoir des conséquences graves sur la naissance si le passage est trop étroit pour l'enfant. Les équipes médicales doivent alors procéder à une désinfibulation pour que l'accouchement puisse avoir lieu. Le protocole de MSF consiste à ne pas recoudre les femmes après leur accouchement¹. Ce que je préfère dans ce travail, et chez MSF, c'est le fait d'avoir des locaux à disposition qui me permettent de délivrer les meilleurs soins possible aux mères. Je n'ai pas besoin de me préoccuper de la manière dont je vais me procurer le matériel nécessaire pour garantir la meilleure qualité de soin. Je sais que MSF fournira les équipements nécessaires."

L'histoire de Suleiman

Patiente ayant donné naissance à une petite fille au service maternité de MSF. Elle s'est rendue à l'hôpital avec l'aide du service Mama Taxi.

« Mon enfant est en bonne santé. J'ai commencé à sentir les premières contractions dans la soirée, ma mère et moi avons donc appelé le taxi. Il est arrivé presque immédiatement, au bout de 20 minutes. »

République du Congo

La République du Congo compte l'un des taux les plus élevés de mortalité maternelle en Afrique. Les femmes y ont un risque sur 22 de mourir au moment de leur grossesse ou de leur accouchement.

A cela s'ajoute des populations réfugiées qui fuient la République Démocratique du Congo depuis fin 2009. Beaucoup d'entre-eux se sont installés le long de la rivière Ubangi dans la province de Likouala. MSF y travaille depuis novembre 2009 dans la ville de **Bétou** et fournit entre autres des soins obstétricaux d'urgence dans

une maternité de 25 lits. En plus des soins dispensés à l'hôpital de Bétou, des équipes médicales mobiles de MSF se déplacent en bateau le long de la rivière pour assister des poches de populations réfugiées isolées, leur offrir des consultations et des soins anténataux. Les infirmières congolaises travaillant dans les cinq centres de santé d'où partent les équipes mobiles de MSF sont formées pour s'occuper des accouchements normaux et repérer les complications de façon à les référer rapidement vers l'hôpital.

En 2011, MSF a dispensé 12 472 consultations anténatales, fait 2642 accouchements et 207 césariennes. Aucune femme n'est décédée à l'hôpital de Bétou.



© MSF



© MSF

CATASTROPHES NATURELLES :

Focus sur Haïti

" Au milieu de toute cette souffrance physique et émotionnelle, notre seule lueur d'espoir est la naissance de bébés en bonne santé. Huit nouveau-nés en parfaite santé ont vu le jour aujourd'hui sous les bâches bleues de notre hôpital. Nous avons tous besoin que ces nourrissons insufflent une nouvelle vie à ce pays dévasté. "

21 janvier 2010

Isabelle Jeanson, chargée de communication MSF



Le violent séisme qui a secoué Haïti le 12 janvier 2010 a fait environ 200 000 morts et 1 million de sans-abri. La catastrophe a conduit Médecins Sans Frontières (MSF) à lancer ce qui est devenu son intervention d'urgence la plus vaste depuis la création de l'association humanitaire il y a 40 ans. Les images montrant des centres médicaux de fortune envahis par des milliers de blessés et des chirurgiens pratiquant des opérations en plein air sous des bâches en plastique ont fait le tour du monde. Mais en Haïti, en plus de l'afflux constant de patients atteints de traumatismes aigus, l'urgence quotidienne des accouchements a continué au milieu des gravats. Dans les 12 mois qui ont suivi le tremblement de terre, plus de 15 000 femmes ont accouché dans les cliniques et hôpitaux MSF. Dans certains centres, la chirurgie obstétrique représentait 60 % de l'activité chirurgicale globale.

Bien avant le séisme, les femmes enceintes constituaient une population à risque dans un pays qui détient le taux de mortalité maternelle le plus élevé du continent américain. Depuis 2006, MSF offre des soins obstétricaux d'urgence dans le bidonville de Delmas situé à **Port-au-Prince**, la capitale. En raison de la violence et de l'insécurité qui y sévissaient, de nombreuses femmes n'avaient pas accès aux soins, indisponibles, inabordables ou

inaccessibles. 60 % des structures de santé d'Haïti ont été gravement endommagées ou détruites par le séisme. Le centre obstétrical Maternité Solidarité de MSF n'a pas été épargné.

MSF a donc commencé à fournir du personnel, des médicaments et une expertise en obstétrique à la Maternité Isaïe Jeanty, hôpital du ministère de la Santé qui a survécu à la catastrophe. L'hôpital était submergé de femmes venant accoucher. Un grand nombre d'entre elles présentaient des complications graves. Par ailleurs, compte tenu des milliers de familles qui se sont retrouvées à la rue, de nombreuses femmes devaient en plus affronter au fait de n'avoir nulle part où ramener leur nouveau-né après leur accouchement à l'hôpital.

« Nous avons mis au monde un grand nombre de bébés prématurés à cause du traumatisme subi », déclarait à l'époque Eva de Plecker, sage-femme MSF. « Les femmes qui viennent nous voir souffrent d'éclampsies ou de pré-éclampsies, des complications graves exacerbées par le stress. Même si Haïti détenait un taux extrêmement élevé de pré-éclampsie avant le séisme, les conséquences dévastatrices de la catastrophe ont probablement aggravé le problème. Au bout de quelques jours, le service de maternité a atteint sa capacité maximale. Les femmes souffrant de complications sévères doivent récupérer plus longtemps après l'accouchement. Malgré tout, nous devons continuer à faire de la place pour les autres mères et enfants

qui ont besoin de notre aide. »

Tandis que les cas de traumatisme aigu ont chuté pendant les semaines qui ont suivi le tremblement de terre, les besoins en soins obstétricaux d'urgence, et plus généralement en soins de niveau secondaire, se sont maintenus à Port-au-Prince. Pour répondre à ces besoins, MSF a ouvert le Centre de Référence en Urgences Obstétricales (CRUO) dans le quartier de Delmas pour remplacer le centre Maternité Solidarité détruit. Cette nouvelle structure de 130 lits a commencé à soigner des patients en mars 2011 et offre aujourd'hui des soins gratuits 24h/24 aux femmes souffrant de complications graves, souvent mortelles. Depuis son ouverture, le CRUO a enregistré plus de 4 000 naissances, dont 70 % étaient des accouchements compliqués. Le personnel de l'hôpital est principalement constitué de professionnels de santé et d'aides-soignants haïtiens. L'hôpital possède en outre son propre laboratoire, sa propre banque de sang et son propre service de pathologie. MSF délivre également des soins aux nouveau-nés au sein d'un service néonatal dédié.

À l'épicentre

À **Léogâne**, à l'ouest de Port-au-Prince et à proximité immédiate de l'épicentre du séisme, MSF a commencé à fournir une aide médicale d'urgence dans une ville détruite à 80 %. Bien que le programme visait initialement à soigner les personnes blessées au cours du





séisme, MSF a rapidement identifié un besoin criant en soins gynécologiques et obstétricaux. Même avant le tremblement de terre, les habitantes de Léogane devaient aller à Port-au-Prince pour accoucher ou recevoir des soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital le plus proche. MSF a décidé de rester bien après la phase d'urgence et, en septembre 2010, l'hôpital improvisé sous tentes a été remplacé par une structure semi-permanente en préfabriqué. Les activités gynéco-obstétricales représentent maintenant plus de la moitié de toutes les activités médicales de l'hôpital de Chatuley. Cinq gynécologues et vingt sages-femmes assistent plus de 700 accouchements chaque mois. Deux ans après le séisme, cette structure de 160 lits est aujourd'hui le seul centre médical à offrir des soins d'urgence gratuits aux quelque 300 000 habitants de Léogane et des régions environnantes. C'est aujourd'hui un centre de référence.

Grossesse et choléra

Le choléra a fait sa première apparition en Haïti le 20 octobre 2010, exhortant MSF à ouvrir 70 centres et unités de traitement du choléra dans tout le pays. Lorsque l'épidémie a atteint Port-au-Prince, des femmes enceintes infectées et souffrant de complications obstétricales ou de travail prématuré ont commencé à se rendre dans les centres MSF. Le choléra touche les femmes enceintes comme toute autre personne. Il provoque déshydratation, diarrhées et vomissements, mais présente un risque accru pour le fœtus

de certaines femmes. La déshydratation de la mère peut entraîner un apport insuffisant en oxygène, sang ou nutriments essentiels pour l'enfant, ce qui provoque un stress pouvant être à l'origine d'un accouchement prématuré. À l'hôpital Isaïe Jeanty de Port-au-Prince et à l'hôpital Chatuley de Léogane, MSF a mis en place des unités de traitement obstétrical du choléra pour isoler les femmes enceintes. Les soins étaient organisés de manière à ce que la grossesse, l'accouchement et la période post-partum puissent être supervisés au sein de l'unité par une équipe spécialisée, avec la possibilité de référer les patientes à la maternité en cas de complication. À Léogane, MSF a réalisé une étude sur les 102 femmes enceintes qui ont suivi un traitement contre le choléra à l'hôpital entre le 13 décembre 2010 et le 28 février 2011, afin de mesurer les résultats de cette approche spécialisée pour les mères et leurs bébés. Une précédente enquête avait révélé un taux de mortalité maternelle de 25 % chez les femmes enceintes atteintes du choléra, ainsi qu'un taux de mortalité fœtale de 12 à 54 %. De son côté, l'étude MSF n'a recensé aucun décès maternel parmi les patientes et a révélé un taux de mortalité fœtale de 13,8 %. La moitié de ces décès fœtaux étaient survenus avant l'hospitalisation. L'étude a montré que la mise en place d'une unité spécifique permettait de fournir des soins obstétricaux et néonataux tout en assurant le traitement du choléra.

Roseline, 34 ans, était enceinte de 5 mois quand le séisme a frappé. Elle a accouché de son premier enfant à l'hôpital Isaïe Jeanty quatre mois plus tard.

" Quand j'ai senti la terre trembler, j'ai couru hors de la maison. J'avais peur de perdre le bébé. J'étais extrêmement inquiète pour lui. Je lui ai parlé à travers mon ventre et je lui ai expliqué ce qui venait de se passer. Ma grossesse s'est bien déroulée, mais l'accouchement a été un peu difficile. J'avais très mal et j'avais besoin d'une césarienne. Je savais que les soins étaient gratuits ici, c'est pour ça que je suis venue. Tout s'est finalement bien passé, et voici Angely, mon premier enfant. Je suis très fière d'être enfin mère. Nous pensions que nous ne pourrions plus recommencer à vivre, mais c'est faux, nous y parvenons petit à petit. "

Crisla, 19 ans, a été réhospitalisée le lendemain de son accouchement à l'hôpital Isaïe Jeanty, où elle a mis au monde des jumeaux.

" J'ai développé une éclampsie la veille de mon accouchement et je me suis aperçue que c'était grave. Pendant ma grossesse, les médecins m'ont conseillée de rester calme pour que ma tension n'augmente pas. Mais la veille de mon accouchement, je me suis mise en colère et je me suis évanouie. Lorsque je me suis réveillée le lendemain, j'étais à l'hôpital avec mes deux bébés à côté de moi. Les médecins m'ont dit que j'avais développé une éclampsie aiguë et que les bébés étaient nés par césarienne. Je me remettais plutôt bien jusqu'à ce que les saignements recommencent à mon retour chez moi. Je suis immédiatement revenue à l'hôpital. Les médecins ont constaté que j'avais encore des caillots de sang dans le ventre, ils m'ont donc opérée pour les retirer. Ils [les jumeaux] sont adorables, mais je ne peux pas encore m'en occuper. Je dois d'abord me soigner. "

Systèmes de santé fragiles

République Centrafricaine

Soudan du Sud

République démocratique du Congo

Pakistan

Quel que soit le contexte, grossesses et accouchements représenteront toujours une exigence permanente et importante pour le système de santé d'un pays. Mais quand ce système est inadéquat, endommagé ou non existant, les femmes enceintes se trouvent dans une situation précaire. Les soins de santé secondaires vitaux sont les plus touchés quand un système médical est inadéquat. Du fait des conflits prolongés et de l'instabilité, les infrastructures sont minimales sinon inexistantes, l'approvisionnement en médicaments est dans le meilleur des cas imprévisible et le personnel médical compétent a fui la région. Les structures médicales sont généralement concentrées dans les zones urbaines et les femmes des régions plus reculées ont beaucoup de difficulté à obtenir des soins d'urgence obstétricaux quand une complication se présente. Elles doivent parcourir des distances importantes avec des moyens de transport souvent limités pour accéder à des services qui n'ont pas toujours le personnel compétent, les médicaments ou le matériel nécessaires pour permettre un accouchement sûr. Selon les besoins et si cela est faisable, MSF peut créer une nouvelle structure médicale, apporter son assistance à une structure préexistante ou transformer une structure de soins de santé primaires en établissement pour les soins de santé secondaires. Afin de garantir que les patients reçoivent des soins de la meilleure qualité possible et que ce niveau de qualité continue après que l'organisation ait passé le relais, MSF investit beaucoup dans la formation du personnel local.



République Centrafricaine

République centrafricaine (RCA) : un pays dans un état d'urgence médicale chronique. Cinq enquêtes de mortalité rétrospective distinctes, conduites par Médecins Sans Frontières (MSF) et d'autres organismes de recherche en 2011 dans des régions représentant la majorité de la population, ont révélé un taux de mortalité supérieur au seuil d'urgence.

Les femmes enceintes ne sont pas épargnées par ces statistiques. En effet, 1 femme sur 25 en RCA meurt des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. Les femmes sont principalement confrontées au problème de l'accès aux soins : les distances jusqu'à l'hôpital le plus proche sont souvent considérables, les routes sont en mauvais état et les moyens de transport sont inexistants ou inabordables. La pénurie de personnel soignant qualifié dans les régions excentrées et l'important manque d'équipements et de médicaments rendent l'accès aux soins obstétriques de qualité extrêmement difficile en cas de complication.

MSF fournit des soins d'urgence dans 9 hôpitaux et 36 postes de santé dans toute la République centrafricaine. À **Paoua**, au nord-ouest du pays, MSF assure des soins obstétriques d'urgence et pratique de césariennes en cas de besoin. En 2011, plus de 1 400 femmes ont accouché au service de maternité MSF de l'hôpital de Paoua.

Dr Anne Marie Pegg, référente médicale, Paoua

" Pauline est arrivée à l'hôpital en fin d'après-midi. Elle a dû rouler environ une heure à l'arrière d'un taxi moto. Le travail avait déjà commencé depuis plus de 24 heures. C'est sa quatrième grossesse. Elle a déjà subi trois césariennes, mais tous ses précédents bébés étaient mort-nés. Lors de ses visites prénatales, elle a reçu de nombreux conseils pour pouvoir se rendre à l'hôpital dès le début du travail.

Les contractions ont commencé tôt le matin. Consciente de l'importance de se rendre à l'hôpital, elle s'est mise en quête d'un moyen de transport. C'était loin d'être simple. Elle devait trouver quelqu'un avec une moto qui veuille bien l'emmener. Pas si simple dans une région sans couverture cellulaire et où les moyens de transport motorisés ne sont pas très répandus. Après avoir cherché pendant une journée et une nuit entières, elle a finalement trouvé. Les mouvements du bébé dans son ventre l'ont rassurée.

À son arrivée à l'hôpital, elle a rapidement été prise en charge par une sage-femme, qui a ensuite averti le médecin de service. Puisqu'une césarienne devait probablement être pratiquée, l'équipe chirurgicale a été convoquée. En une heure, le bébé de Pauline est venu au monde, en parfaite santé."



© Talia Bouhouareb

Janet Fields, infirmière sage-femme, a travaillé à Aweil. Elle raconte l'histoire de cette femme ayant souffert d'une hémorragie post-partum, l'une des principales causes de mortalité au moment de l'accouchement :

" Une femme est arrivée à l'hôpital et a accouché sans complication. Le travail et l'accouchement ont été rapides mais trente secondes après la délivrance (expulsion du placenta après l'accouchement), elle a commencé à saigner. Nous lui avons déjà administré de l'ocytocine, un produit qui empêche les saignements, mais comme cela ne cessait pas, nous lui avons immédiatement administré un autre médicament dans la jambe et avons installé une intraveineuse. Nous lui avons aussi massé l'utérus. Le saignement a mis un temps fou à s'arrêter.

Ce qui fait effrayant dans cette histoire c'est que si elle était restée dans son village, cette femme n'aurait certainement pas survécu. Cette femme, mère de quatre enfants, n'a eu la vie sauve que parce qu'elle était à l'hôpital. "

Katie Hutchinson, sage-femme, Agok.

" Cela me choque que tant de femmes décèdent encore dans ce pays, surtout quand de simples gestes permettraient d'éviter cette mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement. L'accès à des soins chirurgicaux vitaux est essentiel pour ces femmes, et c'est ce que fait MSF à Agok. Quand elles ne sont pas à l'hôpital, les femmes encourent d'énormes risques en accouchant.

Mais il y a certaines interventions extrêmement simples que nous menons et qui permettent pourtant de sauver facilement la vie de ces femmes. Chaque semaine, à la maternité, nous sauvons une vie. C'est extraordinaire, mais ce sont en même temps des actes si simples que cela me met en colère. Les femmes au Soudan du Sud comme ailleurs devraient avoir le droit d'accoucher en sécurité. Depuis que je suis ici, nous n'avons pas eu de décès maternel, et c'est une de mes hantises. J'espère ne pas en voir trop, une mort en couche c'est insupportable. "



© Marcell Nimfuer / Fischka.Com

Soudan du Sud

En juillet 2011 naissait une nouvelle nation et avec elle l'espoir de construire un meilleur avenir dans un pays ravagé par des décennies de guerre civile. Mais pour les femmes du Soudan du Sud, les perspectives d'avenir restent les mêmes. Une femme sur sept continue de mourir lors d'une grossesse ou d'un accouchement. Pour accoucher dans une structure de santé, elles marchent la plupart du temps plusieurs jours, voire des semaines. Des années de conflit au Soudan du Sud ont laissé un système de santé en ruine et entraîné un manque flagrant de personnels qualifiés et de structures adaptées, privant ainsi les trois-quarts de la population d'accès aux soins de santé les plus élémentaires.

MSF travaille dans huit des dix états que compte le pays où, pour répondre à cette situation, elle mène d'importants projets obstétricaux. Comme celui de la maternité de l'hôpital Civil **d'Aweil**, dans l'état du Nord Bahr el Ghazal, où plus de 3 000 accouchements ont été menés depuis 2011, parmi lesquels plus de 10% étaient des accouchements compliqués.

Le nombre de femme qui viennent y accoucher augmente : elles savent qu'à l'hôpital, elles trouveront du personnel qualifié, des médicaments et l'équipement médical nécessaire au bon déroulement de leur accouchement.

A **Agok**, une ville dans la région frontalière de transition d'Abyei entre le Soudan et le Soudan du Sud, l'équipe de la maternité mène en moyenne 66 accouchements par mois. MSF y travaille depuis 2008, dirigeant un programme hospitalier complet pour une population de 100 000 habitants environ. Un bloc opératoire ouvert à Agok en 2011 permet d'assurer pour les femmes qui en ont besoin des césariennes en urgence ainsi que d'autres interventions chirurgicales sur des grossesses compliquées. En 2011, l'équipe de la maternité a accouché 802 bébés.



République démocratique du Congo

En République démocratique du Congo (RDC), une femme court un risque sur 13 dans sa vie de mourir des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. Il s'agit d'un pays qui a été ravagé par plus de 10 ans de conflits violents, et des années de négligence au sein du système de santé explique ce taux élevé de mortalité maternelle.

En 2010, le personnel de MSF a réalisé plus de 19 000 accouchements en RDC, soit le plus grand nombre d'accouchements de tous les pays dans lesquels l'organisation travaille. Parmi les nombreux programmes de MSF dans le pays, on compte celui de l'hôpital de Rutshuru, situé au Nord-Kivu, dans la partie est de la RDC. Depuis 2005, en collaboration avec le ministère de la Santé, MSF appuie divers services dans cet hôpital comptant 280 lits, notamment la maternité. Plus de 400 femmes accouchent tous les mois dans ce service ; au début de 2011, près de la moitié de ces accouchements ont été faits par césarienne. En raison des dangers que présente une telle intervention pour les femmes lors de leurs futures grossesses, l'un des objectifs de MSF vise à réduire le taux de césariennes.

Enrica Bentivegna, obstétricienne-gynécologue MSF

" Il faut diminuer le taux de césariennes pour éviter des complications futures chez les femmes. Si une césarienne est pratiquée sur une femme de 15 ans, il est probable que d'autres césariennes seront nécessaires pour ses accouchements suivants ; ceci peut engendrer de nombreuses complications, par exemple, une rupture utérine et une hémorragie post-partum. Par ailleurs, un bébé né par césarienne est davantage susceptible de souffrir de détresse respiratoire. En moins d'un an, nous avons réussi à réduire le taux de 46 à 32 pour cent. On peut éviter certaines césariennes en pratiquant plutôt un accouchement instrumental. La formation du personnel de santé à cette pratique s'est avérée un élément essentiel de la réduction de ce taux. "

MSF transfère en ce moment la responsabilité de la maternité de l'hôpital de Rutshuru au ministère de la Santé, mais continuera à former le personnel à la gestion des accouchements tant normaux que compliqués. Toujours au Nord-Kivu, MSF collabore avec le ministère de la Santé dans la zone de santé de Mweso pour venir en aide à une large population dispersée et déplacée pendant les périodes de violence et d'instabilité. À l'hôpital de référence de Mweso comptant 170 lits, des équipes offrent l'assurance d'un accouchement sans danger à des mères qui, sinon, donneraient naissance sans aide et dans des conditions insalubres dans leur village. En 2011, les équipes de MSF ont pratiqué plus de 3 500 accouchements.

Dr Raghu Venugopal, Mweso

" Nous constatons beaucoup de complications ici. Hémorragie post-partum, rétention de produits et présentation anormale de nouveau-nés empêchant un accouchement normal sont des réalités quotidiennes. Avant-hier, nous avons eu le cas d'une femme en train d'accoucher qui présentait une rupture utérine. Le bébé est venu au monde sain et sauf pendant l'intervention chirurgicale d'urgence et est en bonne santé. Par contre, la mère saignait abondamment. Pendant qu'ils opéraient tard dans la nuit, nos médecins congolais ont envoyé un garde pour me réveiller afin que je puisse les aider à trouver du sang à transfuser à la mère. Nous avons rapidement mobilisé l'équipe logistique et médicale de MSF et trouvé du sang pour cette femme qui a ainsi pu être sauvée "

Même lorsque des accouchements se déroulent sans problème, les enfants subissent souvent les conséquences d'un accouchement prématuré. Les nombreux problèmes de santé des femmes, y compris la dureté des travaux agricoles qu'elles accomplissent jusqu'à leur accouchement, provoquent des naissances prématurées. Les autres problèmes que l'on rencontre sont des infections chez les nouveau-nés, notamment le tétanos. Compte tenu de ces affections médicales, notre service de néonatalogie est en permanence rempli de mamans et de leur nourrisson. Les prématurés et les nouveau-nés malades étant des patients très fragiles, la néonatalogie est l'un des aspects les plus complexes et difficiles de notre travail. Toutefois, nos protocoles soigneusement élaborés et notre surveillance attentive et constante de ces patients leur permettent d'avoir une réelle chance de survie. "

Pakistan

" La plupart des accouchements ont toujours lieu à domicile. Les femmes ne viennent pas jusqu'à nous car elles n'ont souvent pas de quoi payer le transport ... Nous faisons beaucoup d'éducation sanitaire, sur l'importance du suivi ante et post natal et sur l'importance de venir ici, accoucher en sécurité."

Jannicken Troemborg,
sage-femme MSF, Kuchlak, Balochistan



Le Pakistan a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés d'Asie : au cours de sa vie une femme a un risque sur 93 de mourir lors d'une grossesse ou d'un accouchement. Accès limité à des soins obstétriques d'urgence et de qualité, manque de personnel médical féminin qualifié, barrières sociales et économiques : autant de facteurs cumulés qui font que les femmes pakistanaises courent d'importants risques lors de l'accouchement. Dans les zones touchées par les conflits et les affrontements sectaires, insécurité et entraves aux déplacements rendent encore plus difficile l'accès des femmes à des soins gynéco-obstétriques de qualité. Beaucoup de femmes enceintes nécessitant ce type de prise en charge sont réfugiées, ou déplacées ou bien encore trop pauvres pour payer les soins dans une structure privée.

Au Pakistan, du fait de l'importante pénurie de personnel médical féminin formé, les soins obstétriques d'urgence ne sont disponibles que dans les zones urbaines du pays. Et beaucoup de femmes donnent encore traditionnellement naissance à leur enfant à la maison, notamment dans les zones rurales. Au Balochistan, province la plus étendue et la moins développée du Pakistan, violence, déplacements de population, manque de développement économique et pauvreté ont limité l'accès aux soins des populations. Les femmes enceintes nécessitant une prise en charge obstétrique d'urgence sont souvent les plus vulnérables.

Afin d'améliorer l'accès à des soins gynéco-obstétriques pour les femmes déplacées, ainsi que pour les populations des districts de Nasirabad et Jaffarabad, MSF travaille depuis 2009 au sein de l'hôpital de district de Dera Murad Jamali. C'est la seule structure du district à proposer des soins obstétriques complets, de qualité et gratuits, y compris des césariennes, ainsi qu'un suivi ante et post natal. En 2011, MSF a effectué un total de 990 accouchements ; 517 étaient des cas compliqués et 146 d'entre eux ont nécessité le recours à une césarienne.

Dans la ville de **Kuchlak** où, en plus de la population résidente, vivent de nombreux migrants et réfugiés afghans ainsi que des populations nomades, MSF gère une autre structure dédiée à la santé de la mère et de l'enfant dotée d'une salle

d'accouchement et en activité 24/24 et 7/7. Le personnel 100% féminin de la salle d'accouchement offre des soins obstétricaux gratuits qui sont plus que nécessaires. Pour les cas compliqués nécessitant une césarienne ou tout autre acte médical spécialisé, MSF assure la référence des patientes par ambulance vers les hôpitaux de Quetta. En 2011, les équipes MSF ont effectué 2 114 accouchements, dont 308 étaient des cas compliqués. 197 femmes ont été référées vers les hôpitaux pour y bénéficier d'une césarienne. L'équipe a également mené 3 488 consultations anténatales et 2 159 consultations postnatales.

Dans la province du Khyber Pakhtunkhwa (KPK), MSF soutient l'hôpital principal de district de Timergara et l'hôpital principal Tehsil de Dargai afin d'y proposer des soins obstétriques d'urgence gratuits à une population cible totale de plus d'un million de personnes vivant sur la zone. A Timergara, en 2011, 4 568 accouchements ont eu lieu ; 708 d'entre eux concernaient des cas compliqués, parmi eux : 616 césariennes.

A Dargai, en plus de soins ante et postnataux, MSF assure également une éducation sanitaire auprès des membres masculins des familles afin d'expliquer l'importance d'un suivi anténatal, de parler des risques de l'accouchement et de les encourager à envoyer leurs femmes et filles à l'hôpital. En 2011, 2 580 femmes ont accouché dans cette structure, 844 d'entre elles présentaient des complications. Les équipes MSF ont effectué 264 césariennes.

Afin de répondre aux importants besoins gynéco-obstétriques dans le district de Peshawar, MSF a ouvert un « hôpital pour femmes » en mai 2011. Cet hôpital privé de référence et de 30 lits est dédié à la prise en charge des grossesses et accouchements compliqués. MSF soutient également plusieurs centres de Santé gérés par les autorités locales dans le district de Peshawar (suivi ante et postnatal). Un réseau de références médicales a été mis en place avec les camps de réfugiés et de déplacés ainsi qu'avec dix centres de Santé. L'hôpital reçoit également les patientes référées par les autres projets MSF d'Hangu (KPK) et de l'Agence de Kurram, au cœur des zones tribales où les affrontements et l'insécurité demeurent un problème. En 2011, 156 accouchements ont eu lieu à l'hôpital pour femmes, dont 58 césariennes. Il n'y a eu aucun décès maternel.

Jannicken Troemborg, sage-femme à Kuchlak, Balochistan

" C'est une zone très pauvre du Pakistan, avec une population principale qui compte environ 100 000 habitants vivant ici de manière permanente. Il y a aussi des populations nomades qui restent ici pendant les mois estivaux et qui, pendant l'hiver, se rendent dans la province du Sindh, au Sud. Même s'il est possible d'être soigné dans le secteur privé, les gens ici sont très pauvres et ils ne peuvent vraiment pas payer pour ça. De plus, il y a peu de structures de Santé, surtout pour les femmes.

La plupart des accouchements ont toujours lieu à domicile. Les femmes ne viennent pas jusqu'à nous car elles n'ont souvent pas de quoi payer le transport ou parce qu'elles doivent être accompagnées d'un homme. Elles choisissent de venir ici lorsqu'elles ont eu un accouchement traumatisant auparavant, ou bien lorsqu'elles ont donné naissance à un premier jumeau et que - quatre ou cinq heures plus tard - le deuxième ne s'est toujours pas présenté. Alors elles viennent chercher de l'aide. Nous pratiquons des accouchements, mais aussi des soins materno-infantiles plus généraux. Nous faisons beaucoup d'éducation sanitaire, sur l'importance du suivi ante et post natal et sur l'importance de venir ici, accoucher en sécurité. "

Razia, patiente de l'hôpital principal Tehsil de Dargai, province du Khyber Pakhtunkhwa

" J'ai huit enfants, et ils sont tous vivants. J'ai donné naissance à quatre de mes enfants à l'hôpital et à la maison pour les quatre autres. J'ai une maladie sanguine, donc je suis venue ici pour accoucher. Les accouchements à l'hôpital ont été bien plus faciles. Je suis aussi venue ici parce qu'on peut y obtenir les traitements gratuitement, sinon on ne pourrait pas les payer. C'est un bon hôpital. "

Annabelle Djeribi, Coordinatrice de projet, hôpital pour femmes, Peshawar

" Nous avons décidé, autant que faire se peut, de n'avoir que du personnel féminin. Seules les femmes sont autorisées à rentrer dans l'hôpital, afin que les patientes se sentent plus en confiance. Elles sont accompagnées d'une autre femme, ce qui rassure également les hommes qui attendent dans une salle dehors. Ils savent que c'est un endroit où une femme peut accoucher en sécurité. "

Quand la mortalité maternelle est une urgence

Burundi
Nigeria

Dans certaines régions, le taux de mortalité maternelle atteint un tel niveau que MSF considère la situation une urgence en soi et lance un programme obstétrique spécifique qui a pour objectif la réduction du taux de mortalité maternelle dans une région déterminée.

Contrairement aux urgences ponctuelles dans un contexte qui évolue rapidement et quand il est difficile de planifier au delà de quelques semaines, dans un contexte plus stable MSF est en mesure de se focaliser sur un programme à long-terme avec un but spécifique et de façon plus rationnelle. Cela permet un plus grand investissement dans la formation du personnel et dans les infrastructures, et dans le développement des réseaux de référence des cas sévères et du

travail de proximité qui de toute évidence assistent des femmes qui autrement ne pourraient pas avoir accès à ce type de soins spécialisés. Dans ce contexte, il devient possible d'examiner et de documenter certains problèmes sur une longue durée, de mettre en place des stratégies d'ensemble afin de résoudre ces problèmes et de déterminer si une approche particulière peut être appliquée et réussir dans d'autres contextes. Dans des pays comme le Nigeria, le Tchad et le Burundi, MSF a aussi pris la décision d'annexer à son programme d'activités obstétriques un programme de traitement des fistules obstétricales [voir l'encadré]. L'approche est double : il s'agit d'opérer les fistules existantes mais aussi d'éviter l'apparition de nouvelles fistules grâce à l'accès à un service obstétrique d'urgence compétent.





© François Dumont

Burundi

Au Burundi, un accouchement peut s'avérer dangereux. Ce pays connaît l'un des plus hauts taux de mortalité maternelle au monde. Le système de santé tente toujours de se remettre des répercussions de la guerre civile qui a sévi dans ce pays de 1993 à 2006. Puisqu'il n'existe pas de système d'aiguillage fonctionnel pour les cas d'urgence et que bon nombre de femmes ne sont pas en mesure de payer pour ces services, seule la moitié des femmes enceintes du Burundi reçoivent au moment de leur accouchement l'aide de travailleurs de la santé formés. Les seuls soins obstétricaux d'urgence qui existent sont généralement difficiles à obtenir et de piètre qualité.

En 2008, Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert le Centre d'urgence gynéco-obstétrique (CURGO) à **Kabezi**, juste au sud de la capitale Bujumbura afin d'offrir des soins spécialisés gratuits aux femmes qui souffrent de complications. À l'heure actuelle, on compte environ 250 naissances au centre chaque mois. MSF a mis sur pied un système d'aiguillage qui fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et grâce auquel les femmes qui présentent des complications ou sont à risque sont transférées par ambulance des centres de santé provinciaux vers le CURGO. Les complications obstétriques les plus couramment traitées au CURGO sont les hémorragies, les infections, les ruptures utérines, les accouchements prolongés ou avec obstruction, les grossesses extra-utérines et les cas d'éclampsie.

Fistule

Pour chaque femme qui meurt en couches, 20 femmes s'en sortent avec des complications chroniques invalidantes, comme la fistule obstétrique. En l'absence d'assistance médicale spécialisée lorsque le travail cesse de progresser durant l'accouchement, les tissus mous du bassin de la femme peuvent être comprimés entre la tête du bébé et l'os iliaque, et ce, pendant des jours. Cette compression interrompt l'irrigation sanguine ce qui entraîne la destruction des tissus et laisse un orifice entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux à la fois. Sans soins, la femme souffre d'incontinence permanente. Les femmes qui ont une fistule souffrent dans le silence et dans l'isolement. Elles sont rejetées par leur mari, leur famille et leur collectivité, ce qui les oblige à vivre en retrait de la société, certaines pendant des décennies.

On estime qu'environ deux millions de femmes à l'échelle planétaire présentent une fistule et on enregistre entre 50 000 et 100 000 nouveaux cas chaque année. MSF gère des projets permanents de réparation chirurgicale des fistules au Nigéria, au Burundi et au Tchad. L'organisation met également en place des camps de réparation des fistules à court terme dans des pays où la situation est instable, où les fistules sont courantes et où il n'y a pas de services de réparation chirurgicale, notamment en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et en Somalie.



© Sune Juul Sørensen

Mary, 30 ans, fait partie des milliers de femmes qui ont reçu des soins obstétricaux d'urgence au CURGO de Kabezi

Aujourd'hui, des gouttes de sueur perlent sur son cou, mais ses yeux brillent d'une lueur de vie. Quatre jours après avoir donné naissance à sa petite fille, elle se rétablit au centre. Avant même le début du travail, Mary a été hospitalisée pour malnutrition grave au centre de santé près de chez elle. Lorsqu'elle a eu besoin d'une transfusion sanguine d'urgence que le centre de santé local ne pouvait lui administrer, elle a dû être transférée au centre MSF en ambulance. À sa naissance, la fille de Mary souffrait d'anémie et d'une insuffisance pondérale. Au départ, l'enfant vomissait beaucoup, mais son état s'est nettement amélioré, tout comme celui de Mary. Aujourd'hui, les lèvres de Mary ont repris de la couleur et ses jambes ne sont plus autant gonflées de sorte qu'elle peut à nouveau marcher. « *Sans MSF, mes enfants n'auraient plus de mère* », affirme Mary, mère de cinq enfants. Elle a donné le nom de Nduwakeza à sa fille, ce qui signifie « bonne nouvelle » en Kirundi, le dialecte local.

Nigeria

" Le projet a connu une croissance incroyable. J'ai vu le personnel national gagner en assurance et beaucoup plus de femmes venir à l'hôpital pour y accoucher. Lorsque nous avons commencé à travailler ici, les femmes ne venaient pas à l'hôpital ; elles croyaient que c'était un endroit où les femmes mourraient. Faire changer ce préjugé a été une tâche difficile. "

Dr Damayanti Zahar,
gynécologue-obstétricien MSF





Pour une femme nigériane, le simple fait d'être enceinte constitue une menace pour sa vie ; une femme sur 23 coure le risque de mourir des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Cela est particulièrement vrai dans le nord du pays, où de nombreuses femmes n'ont même pas accès à des services obstétriques de base.

Depuis 2008, MSF travaille avec le personnel du ministère de la Santé à **Jahun**, dans l'État de Jigawa, et gère une maternité de 35 lits, ainsi qu'un centre de réparation de fistules de 57 lits. Grâce au bouche-à-oreille et aux visites de l'équipe de sensibilisation MSF, les gens, même dans les villages les plus reculés, savent maintenant qu'il existe des services obstétriques gratuits à l'hôpital général de Jahun. De plus en plus de femmes se rendent à l'hôpital pour y accoucher : il y a eu 4092 accouchements en 2011 contre 1 640 en 2009. Grâce à la disponibilité du personnel qualifié, des médicaments et des équipements nécessaires, le taux de mortalité maternelle à l'hôpital a considérablement réduit, passant de six pour cent au démarrage du projet en 2008, à 1,5 pour cent aujourd'hui.

Dr Damayanti Zahar,
gynécologue-obstétricien MSF

" Le projet a connu une croissance incroyable. J'ai vu le personnel national gagner en assurance et beaucoup plus de femmes venir à l'hôpital pour y accoucher. Lorsque nous avons commencé à travailler ici, les femmes ne venaient pas à l'hôpital ; elles croyaient que c'était un endroit où les femmes

mourraient. Faire changer ce préjugé a été une tâche difficile. Nous avons dû les aider à faire confiance à l'hôpital. Maintenant, elles nous font confiance et viennent à l'hôpital.

Nous recevons beaucoup de cas compliqués. Nous accueillons des femmes dont le travail a commencé à la maison deux ou trois jours auparavant, mais dont le bébé n'est toujours pas sorti. Lorsque nous avons démarré le projet, il est arrivé que des femmes présentant un accouchement avec obstruction refusent une césarienne et retournent chez elles. Se rendre à l'hôpital est une décision difficile à prendre ; subir une chirurgie en est une tout aussi épineuse. Elles croient que si elles passent sur la table d'opération, elles ne survivront pas. Elles croient également que si elles n'accouchent pas normalement, elles ne sont pas de vraies femmes. Mais la situation s'est améliorée. Maintenant, les gens sont plus ouverts à la chirurgie et nous font confiance.

Néanmoins les césariennes ne fournissent qu'une réponse partielle au problème. En tant qu'obstétricien, pratiquer une césarienne dans un endroit comme Jahun n'est pas une décision à prendre à la légère. Ici, les femmes ont un nombre élevé de grossesses, et nous ignorons totalement si elles reviendront à l'hôpital pour leurs prochains accouchements, ce qu'elles doivent absolument faire puisqu'elles seront plus à risque de présenter des ruptures utérines et d'autres complications. "



Binta, 16 ans, a été amenée à l'hôpital général de Jahun après avoir passé deux jours en travail chez elle.

Elle présentait un accouchement avec obstruction, mais les médecins ont été en mesure de procéder à l'accouchement par ventouse obstétricale. Binta a pu donner naissance à son premier enfant en toute sécurité. Afin d'éviter une fistule obstétrique, le personnel a inséré un cathéter urinaire, pour permettre aux tissus endommagés de cicatriser.

" J'avais peur parce que c'était ma première grossesse et je ne savais pas à quoi m'attendre. Quatre femmes m'ont encouragée à pousser et m'ont donné des herbes à boire, mais comme le bébé ne venait toujours pas, elles ont décidé de m'amener au centre de santé. Au centre de santé, personne ne savait quoi faire, alors on m'a envoyée ici à l'hôpital de Jahun. J'étais tellement épuisée par le long travail que je n'étais plus capable de pousser. Si je n'avais pas été en mesure de venir à l'hôpital, j'aurais souffert et le résultat final aurait été la mort pour mon bébé et moi. Quand j'ai tenu mon bébé pour la première fois, j'étais très heureuse. "



Première publication mars 2012
© Médecins Sans Frontières
www.msf.org

front cover: © François Dumont