

La gratuité de la césarienne permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique

Alexandre Dumont

Malgré les progrès significatifs enregistrés au cours des vingt dernières années dans le domaine de la santé reproductive, les mortalités maternelle et infantile restent un problème majeur de santé publique dans le monde. Ainsi, environ 358 000 femmes meurent chaque année de complications liées à l'accouchement et 10 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans connaissent le même sort, dont la vaste majorité dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara (ASS). Une part importante (80 %) des décès infantiles survient pendant la période périnatale (un peu avant l'accouchement et jusqu'à un mois suivant la naissance). Les causes de ces décès sont souvent liées à une prise en charge trop tardive des complications obstétricales.

On estime qu'une partie des décès maternels et périnataux liés aux complications du travail et de l'accouchement, tel qu'un arrêt de progression de la présentation du fœtus depuis plusieurs heures, est généralement évitable par une césarienne réalisée en temps utile et dans les meilleures conditions. Malheureusement, cet objectif n'est pas toujours atteint dans les pays d'ASS, où la césarienne est souvent réalisée en urgence, dans des conditions précaires et trop tardivement. Dans ces pays, les distances trop longues entre le domicile des femmes et les services de santé, les faibles performances des centres de soins et les contraintes financières retardent

souvent l'accès aux services chirurgicaux. Pour remédier à ces problèmes, plusieurs pays ont développé des initiatives pour réduire la barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux en général et à la césarienne en particulier. Leur objectif est notamment d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

Les formules de réduction des barrières financières varient d'un pays à l'autre, allant de la subvention partielle du prix à la subvention totale (gratuité). Le Burkina Faso a adopté la formule de la subvention partielle à 80 % pour les césariennes, une partie restant à la charge des familles. Au Sénégal, au Mali et au Niger, des politiques de gratuité de la césarienne ont été introduites à partir de 2005. Tous les frais au sein de l'hôpital liés à un accouchement par césarienne (bilan pré-opératoire, acte chirurgical et soins post-opératoires) sont pris en charge par l'État. Aucune de ces politiques n'avait prévu initialement de mesures d'accompagnement pour améliorer simultanément la qualité des soins obstétricaux, condition pourtant indispensable pour réduire efficacement la mortalité maternelle et néonatale. De plus, les dépenses liées au transport des patientes de leur domicile vers l'hôpital de référence ne sont généralement pas prises en compte dans ces programmes de subvention. Il est donc peu probable que les femmes les plus pauvres, résidant loin des formations sanitaires, puissent bénéficier de ces politiques.

Même si la mise en application de ces politiques de subvention nationale partielle ou totale a connu des difficultés, les études quantitatives ont confirmé leurs effets positifs sur la hausse de l'utilisation des services. Au Sénégal, par exemple, le taux populationnel de césarienne est passé de 2,87 % en 2005 à 4,75 % en 2011. Cependant, aucune étude populationnelle n'a montré que l'augmentation des taux de césarienne a été accompagnée d'une réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Quelques rares études dans les formations sanitaires suggèrent en revanche une amélioration du pronostic de la mère et de son fœtus lorsque la gratuité de la césarienne a été accompagnée par une intervention visant l'amélioration de la qualité des soins. Deux types d'interventions combinées à la gratuité de la césarienne ont été évalués.

La région de Kayes au Mali a mis en place en 2001 un système de référence-évacuation (SRE) des urgences obstétricales, basé sur trois composantes principales : (i) un dispositif de financement (caisses de solidarité) ; (ii) un système d'alerte et d'évacuation sanitaire (ambulance et radio) ; (iii) le renforcement des structures de référence pour les res-

sources humaines (chirurgiens et sages-femmes) et matérielles (bloc opératoire, banque de sang). Le SRE a permis de réduire les décès maternels lors des urgences obstétricales de 50 % en trois ans. L'efficacité du SRE est d'autant plus importante que la qualification du personnel de santé dans les formations sanitaires de première ligne (centres de santé communautaire) est élevée. La mise en œuvre en 2005 de la politique de gratuité de la césarienne a permis de renforcer cette tendance, en améliorant significativement le taux de couverture en césarienne et le pronostic de la mère et de son fœtus par rapport aux années précédentes. Cependant, cet effet n'était observable que pour les femmes qui résidaient non loin des structures de santé.

Au Mali et au Sénégal, un programme d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (programme GESTA international) a été mis en œuvre en 2008 dans les hôpitaux de référence de ces pays. Ce programme a démarré trois ans après l'introduction de la gratuité de la césarienne. Il était basé sur la pratique des revues de décès maternels et la formation continue du personnel de santé en soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Les revues de décès maternels ont pour objectif de rechercher de manière qualitative et approfondie les causes et les circonstances entourant les morts maternelles survenues dans les établissements de santé. Cette approche représente un outil essentiel pour définir les actions d'amélioration de la qualité des soins à mettre en œuvre. Deux ans après la mise en œuvre de ce programme, la mortalité maternelle hospitalière a diminué de 15 % dans les hôpitaux bénéficiaires du programme par rapport aux hôpitaux non bénéficiaires. La mortalité néonatale immédiate (inférieure à 24 h) a suivi la même tendance avec une diminution plus marquée de 26 %. L'intervention a conduit à la mise à jour ou à l'élaboration de nouvelles recommandations pour la pratique clinique, à des changements de pratiques professionnelles, telles qu'une augmentation des transfusions sanguines pour les patientes présentant une hémorragie obstétricale, une augmentation des césariennes avant le travail et une diminution des césariennes urgentes pendant le travail.

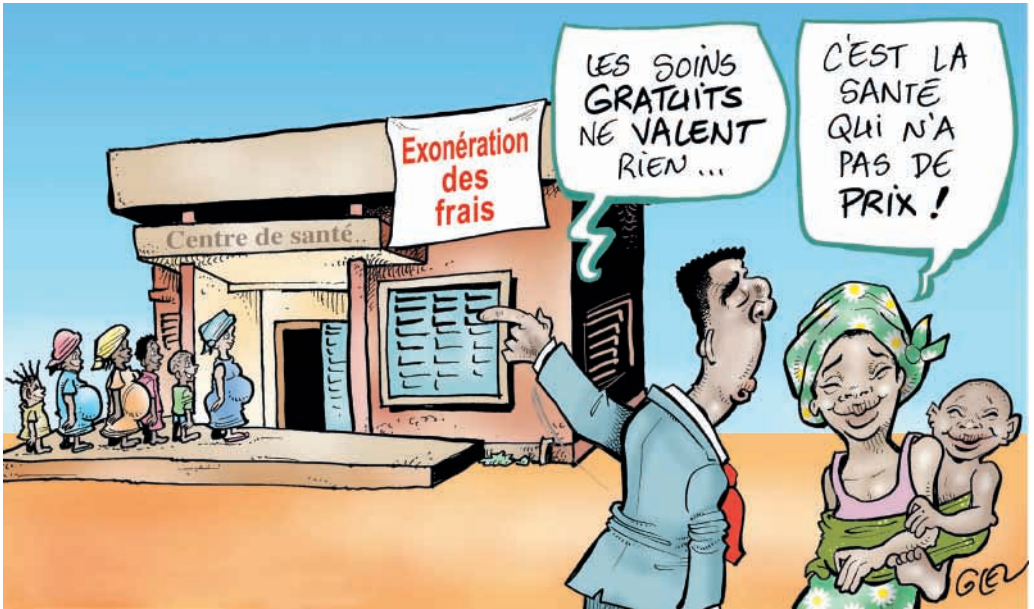
Les résultats de ces deux études suggèrent donc que la gratuité de la césarienne ne peut permettre, à elle seule, de résoudre le problème de l'accès pour toutes les femmes à des soins obstétricaux de qualité. Dans la région de Kayes, au Mali, c'est un système de référence organisé des urgences obstétricales qui a permis, dans un premier temps, d'améliorer le pronostic des mères et de leurs nouveau-nés. La gratuité de la césarienne

a renforcé cette tendance en éliminant la barrière financière liée aux dépenses au sein de l'hôpital. Cependant, quelques années après la mise en œuvre de la politique de gratuité, on constate que la plupart des caisses de solidarité pour la prise en charge des urgences obstétricales ne fonctionnent plus, ou nettement moins bien qu'avant la gratuité. En effet, les communautés ne voient plus vraiment l'intérêt de cotiser pour ces caisses alors qu'on leur parle de *gratuité* des soins. Les dépenses effectuées avant de se rendre à l'hôpital représentent à nouveau une barrière financière à l'accès aux soins. Une part importante des dépenses de soins est liée au transport des femmes du domicile vers les structures de santé. Certaines dépenses dites *catastrophiques* font alors basculer les familles vers une situation d'extrême pauvreté, entraînant la déscolarisation des enfants et une sous-alimentation chronique. Ces résultats ont montré les limites de la politique de gratuité telle que formulée au Mali.

Lors de l'émergence des politiques de subvention totale ou partielle de la césarienne, il semblait évident que l'élimination d'une grande partie des barrières financières puisse résoudre le problème de l'accès à des soins obstétricaux essentiels et contribuer ainsi à réduire la mortalité maternelle et périnatale. Les données quantitatives confirment que ces programmes ont bien un effet positif sur l'utilisation des services, sans toutefois régler le problème de l'accessibilité géographique aux structures de santé pour certaines femmes. Sans des mesures d'accompagnement pour améliorer simultanément la qualité des soins obstétricaux, il est peu probable que ces politiques aient un impact sur la santé des mères et des nouveau-nés. Ces mesures d'accompagnement sont nécessaires pour contrecarrer les effets inattendus ou pervers de la gratuité de la césarienne en ASS liés à un risque réel de sur-utilisation des services pour les plus nantis.

Pour aller plus loin

- ARSENAULT, C., *et al.* (2013). Emergency Obstetric Care in Mali: Catastrophic Spending and its Impoverishing. *Bull World Health Organ*, 91(3): 207-216.
- FOURNIER, P. *et al.* (2014) The free caesareans policy in low-income settings: an interrupted time series analysis in Mali (2003-2012). *PLoS One*, 19;9(8): e105130. doi: 10.1371/journal.pone.0105130.
- WANIEZ, P. *et al.* (2006) L'abus de recours à la césarienne au Brésil: dimensions géographiques d'une aberration médicale [Internet]. Available from: http://pmb.santenpdc.org/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=26141



Des idées reçues en santé mondiale

Sous la direction de
VALÉRY RIDDE et FATOUMATA OUATTARA

LIBRE ACCÈS

Projet pilote réalisé
en collaboration avec
la Direction des
bibliothèques
de l'UdeM.



Le dessin de couverture est une réalisation de D. Glez, d'après une idée de L. Queuille et V. Ridde, produit par HELP/CRCHUM/ECHO.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Des idées reçues en santé mondiale
(PUM)
(Libre accès)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7606-3523-4

1. Santé mondiale. I. Ridde, Valéry, 1969- . II. Ouattara, Fatoumata. III. Collection : PUM.

RA441.I33 2015

362.1

C2015-941583-7

Mise en pages: Folio infographie

ISBN (papier) : 978-2-7606-3523-4

ISBN (PDF) : 978-2-7606-3524-1

ISBN (ePub) : 978-2-7606-3525-8

Dépôt légal: 4^e trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2015

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

Canada

IMPRIMÉ AU CANADA