

Sécurité des soins en santé maternelle : pour une gouvernance éthique des risques materno-infantiles dans l'espace sanitaire ouest-africain

Andrédou Pierre KABLAN
Université Alassane Ouattara
UFR-Communication et Société (CS)
Département de Philosophie
andredou@yahoo.fr

Résumé: La problématique des risques et décès materno-infantiles associés est un enjeu d'humanité et de sécurité humaine dans l'espace sanitaire ouest-africain. Ses causes sont bien identifiées : les dysfonctionnements organisationnels des soins, l'influence des facteurs socio-culturels sur les équilibres périnataux et les fautes d'humanité dans les attitudes professionnelles sont révélés comme des sources d'insécurité qui mettent en péril la sécurité de la vie materno-infantile. L'analyse éthique de l'ensemble de ces facteurs conduit à proposer une nouvelle gouvernance de la santé maternelle. Son modèle d'efficacité réside dans la promotion éthique de la sécurité maternelle fondée sur l'empathie motivationnelle qui doit animer la responsabilité des gouvernements, des professionnels de soins, de la société civile et des communautés, c'est-à-dire leur capacité d'attention soutenue, leur volonté d'adhérer aux besoins et attentes de la mère et de son enfant, et d'y apporter les solutions appropriées.

Mots-clés :

Empathie motivationnelle, gouvernance, humanité, promotion éthique, responsabilité, sécurité materno-infantile, risque périnatal.

Abstract: The maternal and child risks and deaths is both an issue of humanity and human security in the West African health space. The organizational dysfunctions of care, the influence of socio-cultural factors on perinatal balances and human errors in professional attitudes are clearly identified as the sources of insecurity that jeopardize the safety of the maternal and child life. The ethical analysis of all these factors leads to proposing a new governance of maternal health. Its model of effectiveness resides in the ethical promotion of maternal safety based on motivational empathy which should motivate the responsibility of governments, healthcare professionals, civil society and communities, i.e. their capacity of sustained attention, their willingness to adhere to the needs and expectations of the mother and her child, and provide them with appropriate solutions.

Keywords: Motivational empathy, governance, humanity, ethical promotion, responsibility, maternal-infant safety, perinatal risk.

Introduction

La sécurité des soins en santé maternelle dans nos hôpitaux ouest-africains est devenue aujourd'hui une problématique majeure de santé publique pour les pouvoirs publics, les familles et la société dans son ensemble. L'ampleur croissante des accidents de la naissance, des complications maternelles, périnatales et les risques d'invalidité associés, les décès maternels périnataux et néonataux, en un mot, les scandales des accouchements enregistrés chaque jour dans nos institutions hospitalières, sans mesures d'accompagnement des victimes, interpellent les politiques de santé publique et les institutions en charge du problème maternel sur la condition de la femme et de l'enfant en péril de mort. Selon l'OMS, « Près de 99 % des décès maternels surviennent dans les pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne, où le taux est de 525 décès pour 100 000 naissances vivantes et de 27 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes », rapporte N.S. Gisa du journal le *Monde*.¹ La question de la santé maternelle en Afrique est donc inquiétante, et les projections statistiques de l'OMS concernant l'avenir de la périnatalité dans cette région du monde ne sont pas rassurantes. Car à en croire la Directrice générale de l'OMS pour l'Afrique, Dre Matshidiso Moeti:

En Afrique subsaharienne, selon l'Atlas 2022, environ 390 femmes perdront la vie pendant l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030. Cette estimation est cinq fois supérieure à la cible des ODD fixée pour 2030, qui est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est également très loin de la moyenne de 13 décès pour 100 000 naissances vivantes observée en Europe en 2017. C'est plus que la moyenne mondiale de 211².

Pour cerner avec plus d'efficacité les contours des insécurités qui parcourent la santé maternelle, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), estime qu'il faut changer de paradigmes méthodologiques. À cette fin, elle a élaboré une nouvelle politique d'engagement. Il s'agit de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)* dont l'enjeu fondamental est de renforcer leur droit à l'accès aux soins de qualité. En effet, « Toutes les femmes, tous les enfants, tous les adolescents ont le droit de jouir du meilleur état de santé qu'ils sont capables d'atteindre et la Stratégie mondiale est une feuille de route

¹ Nathalie Sala Gisa, « En Afrique, la lutte contre la mortalité maternelle et infantile fragilisée par le Covid-19 et l'insécurité. » Voir : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/12/13/en-afrique-la-lutte-contre-la-mortalite-maternelle-et-infantile-fragilisee-par-le-covid-19-et-l-insecurite_6154276_3212.html

² Voir la Rédaction de la Région africaine pour l'OMS (01 décembre 2022) « Les progrès réalisés par l'Afrique, en matière de mortalité maternelle et infantile, sont en recul selon un rapport de l'OMS » : <https://www.afro.who.int/fr/news/les-progres-realises-par-lafricaine-en-matiere-de-mortalite-maternelle-et-infantile-sont-en>

pour atteindre ce droit », souligne l'OMS³. Dans sa mise en œuvre, la Stratégie mondiale convoque toutes les compétences professionnelles, politiques, institutionnelles et communautaires. Mais les ressources de la gouvernance éthique comme compétence à identifier les valeurs d'humanité et de vie qui renforcent la transparence, l'équité et la responsabilité dans les pratiques organisationnelles, professionnelles, culturelles et communautaires entre lesquelles se jouent la qualité et la sécurité des soins maternels et infantiles, méritent d'être davantage sollicitées. C'est le constat général qui découle de la gestion des pratiques et discours répandus dans les communautés professionnelles, traditionnelles et de l'adoption de comportements et croyances qui freinent la mise en œuvre efficace des politiques de réduction des risques et décès materno-infantiles.

Ainsi, pour l'espace sanitaire ouest-africain, l'internalisation des principes et directives de la gouvernance éthique doit occuper le cœur de la Stratégie mondiale. En effet, cette nécessité est révélée par le déficit de sensibilité éthique dans les modes organisationnels, culturels et professionnels des soins maternels qui accentuent la vulnérabilité des femmes, impactent négativement l'accueil et leur prise en charge optimale dans l'espace hospitalo-culturel ouest-africain. Il s'agit alors de comprendre qu'au-delà de la dénonciation du manque des dispositifs techniques et infrastructurels, et des méthodes médicales et obstétricales non optimales⁴, dont il faut analyser les conséquences éthiques et humaines, il y a aussi la nécessité de prendre en compte l'audit éthique des échecs de l'alliance thérapeutique. Ainsi, la connaissance d'ensemble des problématiques éthiques soulevées par les facteurs organisationnels, professionnels et socio-culturels qui induisent des risques materno-infantiles, implique aujourd'hui de développer la culture d'une gouvernance éthique qui assure mieux la qualité et la sécurité des soins en santé maternelle.

Tel est le nouveau paradigme éthique de la qualité d'accès aux soins. Mais quels sont les instruments conceptuels méthodologiques de cette gouvernance éthique de la santé maternelle ? Son enracinement dans une éthique de l'empathie motivationnelle peut-il aider à renforcer

³ OMS, Voir site : https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_FR_2017_web.pdf

⁴ C'est le point de vue du *Rapport Global 2018* du Fonds Français MUSKOKA sur la Santé maternelle en Afrique subsaharienne : « La réduction de la mortalité maternelle nécessite en effet du personnel qualifié en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, un équipement médical et chirurgical, un environnement favorable et un approvisionnement en intrants (médicaments, consommables, etc.) ». Voir : <https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/03/FFM-Rapport-Global-Phase-1.pdf>

l'accroissement du quotient émotionnel et de la sensibilité humaine des acteurs impliqués dans la chaîne du soin materno-infantile ? En d'autres termes, comment cet enracinement peut-il contribuer à améliorer la qualité des pratiques organisationnelles, professionnelles et de l'accueil hospitalier et, ainsi, garantir aux usagers de la santé maternelle le plein accès à des soins optimaux, justes et rassurants ? Comment mieux rendre l'hôpital hospitalier pour encourager les femmes enceintes à s'y rendre régulièrement pour recevoir les informations sur les signes de danger au cours du développement de la grossesse et préparer avec les professionnels un plan d'accouchement approprié ? Enfin, ces interrogations doivent s'étendre à la problématique de la sécurité sanitaire liée aux logiques socio-culturelles qui sont ancrées dans les comportements des femmes enceintes et déterminent leurs préférences des médicaments traditionnels aux plans d'encadrement de leurs grossesses en médecine moderne. Ainsi, au regard de l'absence de tout plan de gestion des événements de pharmacovigilance associés à l'utilisation des médicaments traditionnels, mais référés aux croyances magico-culturelles et religieuses, comment mobiliser les tradipraticiens dans un plan stratégique de collaboration avec les professionnels de la médecine moderne afin de mieux renforcer la pertinence de leur rigueur scientifique ainsi que le principe d'économie devant régir leurs actes et prescriptions à rendre compatibles avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des traitements proposés ?

1. Histoire et fondements éthiques de la santé maternelle

La santé maternelle fait partie intégrante de l'ensemble des politiques de développement humain qui traduit le niveau de qualité de vie d'un pays. Elle est un marqueur essentiel dans l'évaluation du degré d'engagement des États pour assurer à la femme et à l'enfant le dispositif de protection et de soins qu'ils puissent attendre d'eux. Le statut social de la femme et de l'enfant, bien compris, les rend prioritaires aujourd'hui de toutes les politiques de développement. Ainsi, l'accès de la femme et de l'enfant aux soins de qualité spécifiques à leur contexte materno-infantile est l'objectif de la santé maternelle. Quelle en est l'histoire ? Et quels en sont les fondements éthiques ?

1.1. Définition et histoire de la santé maternelle

La santé maternelle fait référence à « la santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Elle englobe les dimensions sanitaires de la

planification familiale, des soins préconceptionnels, prénatals et postnatals afin d'assurer une expérience positive et satisfaisante et de réduire la morbidité et la mortalité maternelles ».⁵ Elle est née de la problématique des politiques de santé publique en matière de réduction des risques maternels. Et, on entend par risques maternels, l'ensemble des menaces sanitaires auxquelles la gravité d'une pathologie d'origine biologique, ou les effets indésirables d'une pratique médicale, obstétricale, professionnelle, culturelle, sont susceptibles d'exposer irréversiblement la vie maternelle et infantile. Issue de cette tendance de la santé publique, et axée de manière particulière sur la sécurité de la naissance, autant dire la sécurité périnatale, la santé maternelle désigne donc l'ensemble des dispositifs médicaux, biologiques et socio-psychologiques visant à améliorer les conditions de la naissance. L'état de santé global des femmes qui aspirent à la maternité dans les meilleures conditions de qualité de soins, constitue la problématique essentielle de la santé maternelle. Les femmes dont il est question ici concernent tout à la fois les jeunes filles en âge de procréer, celles qui sont enceintes, mais aussi celles qui sont en situation post-natale. Comme on le voit, au cœur de la santé maternelle se déploie la question de l'articulation du contexte maternel d'ensemble des femmes, c'est-à-dire leur statut social, leur accès aux soins de qualité et la capacité des pouvoirs publics, des professionnels, médecins, gynécologues, obstétriciens et sages-femmes, à répondre efficacement à leurs besoins et attentes. L'art de la maternité, fondé sur « la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance »⁶ est alors la question centrale des plans de périnatalité de manière à redonner du sens à la médecine périnatale décrite dans l'espace sanitaire ouest-africain. En effet, dans l'espace hospitalier ouest-africain les femmes sont loin de la joie de la maternité sans risques ainsi que l'écrivent F. Bustreo et K. Gilmore (2015, p. vii) :

La naissance d'un bébé devrait constituer la fin heureuse d'une grossesse, pour la mère et pour sa famille. Cependant, cette fonction physiologique de la reproduction porte en elle, pour la mère comme pour l'enfant, le risque de mourir ou de souffrir d'invalidités, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Historiquement, la santé maternelle remonte à l'organisation coloniale de la protection maternelle et infantile (PMI) depuis les années 1920 avec la formation des sages-femmes

⁵ Définition de l'OMS reprise par l'Union Africaine (UA) dans son *Rapport 2019* sur l'état de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations d'urgence humanitaire. Voir site : https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/36768-wd-final_2019_mncah_status_report_fr.pdf

⁶ Extrait du titre d'un Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la périnatalité (1994), *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité*. Voir Rumeau-Rouquette Claude, *Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement* (2001, p.102).

pour soutenir les politiques de santé publique qui se résumaient au traitement des épidémies ainsi que le rappelle l'ASNOM⁷ :

Après la guerre de 1914-1918, la protection des mères et des enfants (PMI) est mise au point. Elle repose sur la formation et la participation de collaboratrices autochtones, en premier lieu des sages-femmes, mais aussi des infirmières visiteuses qui, allant à domicile au- devant des femmes enceintes, assurent le lien avec les structures de santé.

La santé maternelle et infantile occupait une place de choix dans la gouvernance coloniale des soins de santé, et elle était marquée par les consultations gynécologiques, le suivi obstétrical et les soins pédiatriques. Progressivement, de ses activités primaires axées sur la prise en charge médicale de la mère et de l'enfant, qui concernaient « les consultations pré et post-natales, les accouchements avec possibilité d'interventions chirurgicales et les consultations des nourrissons »⁸, elle passe à un autre niveau plus important de la protection maternelle. C'est le développement des politiques et pratiques de dépistage et de lutte contre les endémies, les infections puerpérales, les menaces pédiatriques, notamment les périls nutritionnels et infectieux. La protection maternelle constituait finalement le cœur de la politique coloniale de santé publique, et cela, en raison même de la vulnérabilité et de la fragilité de son objet, c'est-à-dire la mère et l'enfant, qui lui conféraient toute sa dimension humaine. En d'autres termes, l'état de vulnérabilité maternelle imposait dans l'exercice du soin des comportements appropriés au respect de l'humanité et de la dignité de la femme et de l'enfant. Comment se déployaient donc ces fondements éthiques de la santé maternelle ?

1.2. La santé maternelle à l'époque coloniale : un rapport humain

Les idéaux de la santé maternelle, à l'époque coloniale, s'inscrivaient dans le projet éthique général de la médecine depuis Hippocrate qu'il faut rappeler avec S. Rameix (1996 p.11) : « La médecine a toujours été une démarche éthique, car elle l'est dans son essence même. En effet, l'action médicale se caractérise ainsi : son objet c'est autrui ; son mobile c'est la pitié devant la souffrance d'autrui ; sa finalité c'est la santé d'autrui. » C'est cette mission humaniste qui fondait la santé maternelle. Et, on se rend bien compte de la bonne façon dont elle avait structuré et dominé les activités de protection maternelle et infantile (PMI) des années 1930 en

⁷ ASNOM (Association Amicale Santé Navale et d'Outremer), « La protection maternelle et infantile », voir site : <http://www.asnom.org>

⁸ASNOM, op.cit.

Afrique subsaharienne. On note, en effet, que ces activités allaient au-delà d'un simple exercice professionnel des acteurs du soin maternel, car elles mettaient en relief leurs capacités d'humanité face à la vulnérabilité humaine en situation médicale. La pratique professionnelle du soin maternel était une compétence éthique à intégrer les besoins et les attentes des patients au protocole de soins. Elle faisait donc de la santé maternelle l'espace vivifiant de la relation d'aide et de confiance que les sages-femmes et les autres acteurs du soin maternel réussissaient à établir avec les usagers de la santé maternelle. Écoutons le témoignage de Marie Bango⁹ : « De notre temps, quand vous accouchez une femme c'est pas votre métier seulement de l'accoucher, vous êtes en contact permanent, vous bavardez avec elles, elles aussi elles vous racontent leur vie, vous leur donnez des conseils, ce que vous avez à leur dire. » La permanence de la surveillance post-natale et le dialogue avec les patientes étaient le socle éthique fondamental de la qualité humaine des soins en santé maternelle. Ces deux composantes essentielles de la relation d'aide et de confiance structuraient le devoir de vigilance, de non-négligence et de non-indifférence des acteurs du soin maternel face à la fragilité de l'altérité de l'autre, c'est-à-dire la femme et l'enfant. Leur position horizontale était bien comprise comme une interpellation faite au devoir sacré d'humanité des professionnels de soins. En d'autres termes, la recherche d'amélioration permanente de la satisfaction des usagers de la santé maternelle occupait une place prioritaire dans les pratiques professionnelles pour préserver le respect de leurs droits et des principes de leur dignité. En effet, au-delà d'une simple prise en charge médicale de la santé de la mère et de l'enfant, la santé maternelle s'exerçait comme un art, c'est-à-dire un rapport humain soutenu par la reconnaissance du même et du semblable en l'autre, autant dire fondé sur l'universalité de l'identité humaine qui oblige au respect de la vie et des droits materno-infantiles. Nourris aux humanités qui complétaient leur formation, les soignants de l'époque entraient en relation thérapeutique avec un sens humain profond des soins. L'examen clinique qui débutait par l'interrogatoire des patients, était un exercice d'humanité et de sécurité humaine hérité des bonnes pratiques dans la médecine clinique hippocratique. En effet, le discernement et la capacité à identifier dans la relation thérapeutique les liens phares d'obligation d'humanité fondée sur la détermination de ce que d'abord le médecin avait à faire dans la rencontre thérapeutique, ensuite, sa justification raisonnable et, enfin, la manière compétente de sa mise en œuvre, c'est-à-dire comment cela devait être fait sans porter atteinte à la vie et à la dignité du patient, étaient des règles comportementales clés qu'exigeait l'éthique méthodologique hippocratique. L'enjeu de cette

⁹ Marie Bango, Sage-femme, Guinée, 1929-1931. Propos recueillis par P. Barthélémy, (2004, p.125).

éthique qui savait articuler diverses compétences intellectuelles dans le rapport à l'action, c'est-à-dire le rationnel, le raisonnable et le justifiable, qui encadrent l'examen pratique des déterminants motivationnels de l'action, c'est-à-dire le possible, le souhaitable et le permis, était de donner au soignant un code moral apte à garantir la qualité et la sécurité des soins. La médecine avait donc un visage humain, car les jugements et décisions des professionnels de soins s'appuyaient sur des références éthiques dont la principale était centrée sur l'identification de ce qui rendait et faisait demeurer tout professionnel de soins humain, c'est-à-dire le droit des patients à la sécurité de leur vie, de leur intégrité personnelle, et au respect des principes de leur dignité, qui recouvrent leur droit à l'information transparente¹⁰, mais aussi en référence à l'excellence de leur propre réputation morale et professionnelle. Ainsi, l'éthique en santé maternelle se déployait comme une ressource de pratiques professionnelles d'excellence, et encadrait le rapport d'humanité entre les professionnels et leurs patients.

D'une manière générale, les acteurs du soin savaient construire la structure de la confiance. Aider les patients à spécifier, identifier leurs besoins fondamentaux, donner un sens à leurs récits, les faire exister créaient un climat éthique d'humanisation des soins. De l'attention soutenue accordée à l'importance de la confiance dans l'accueil hospitalier de l'époque dépendaient le degré de fréquentation des centres de maternité et le succès des activités des professionnels guidés par la recherche d'excellence morale dans l'exercice du soin maternel. On note avec P. Barthélémy¹¹ que :

Le Gouvernement général en 1932 juge l'action des sages-femmes « persévérante et féconde » (...). D'une façon générale, médecins et sages-femmes sont félicités pour avoir su gagner la confiance des populations. (...). Les rapports des services de santé en Côte d'Ivoire mentionnent le dévouement, la connaissance du métier, l'excellence des services rendus.

À bien considérer les choses, l'on voit que les politiques coloniales de santé publique considéraient comme une dimension éthique primordiale de la santé maternelle la nécessité d'intégrer les principes éthiques à la prise en charge professionnelle de la périnatalité. L'exercice éthique de la relation médicale était donc essentiel pour la réduction des risques et

¹⁰Ce principe éthique qui domine la pensée bioéthique depuis le Code de Nuremberg remonte à Hippocrate qui recommande dans la relation thérapeutique dont l'issue peut être fatale ou défavorable au patient, de l'avertir comme il écrit: « Autant que possible ne pas traiter un tel cas ; et si on le traite avertir ». Mais que signifie ce verbe " Avertir " ? N'est-il pas fondamentalement, l'expression d'une communication suffisamment transparente au malade sur les risques du traitement ? Une telle disposition dans la procédure de soins ne traduit-elle pas le respect de la dignité du malade qui implique le respect de son droit à l'information éclairée ? Voir J. Jouanna (1992, p.154).

¹¹ Pascale Barthélémy, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Presses universitaires de Rennes, en ligne, <https://books.openedition.org/pur/102380?lang=fr>

des décès maternels. Mais, retrouve-t-on aujourd'hui cette conception prioritaire de l'éthique dans les politiques de protection maternelle et infantile ? Est-il possible d'interroger les causes et de penser la réduction des risques maternels et infantiles sans engager la réflexion et les résultats associés sur la trajectoire de l'analyse éthique de leurs constructions organisationnelles, professionnelles et culturelles ?

2. ANALYSE ÉTHIQUE DES CAUSES ORGANISATIONNELLES, PROFESSIONNELLES ET CULTURELLES DES RISQUES MATERNELS

Dans l'espace sanitaire ouest-africain, l'approche ordinaire des risques maternels met en relief diverses causes liées à la gouvernance organisationnelle et à des problématiques extra-organisationnelles. Ces causes, fondées sur le déficit des ressources infrastructurelles, techniques et professionnelles, ont des dimensions éthiques qui restent à analyser pour aider les pouvoirs publics et les acteurs de soins maternels à mieux penser les enjeux éthiques de leurs missions.

2.1. Analyse éthique des causes organisationnelles

La place de choix réservée à la santé maternelle, c'est-à-dire la qualité de l'accès de la femme et de l'enfant aux services de santé et leur bien-être dans une société déterminée, sont des indicateurs essentiels du niveau de développement et de responsabilité de cette société à l'égard du respect de la vie des femmes et des enfants. L'évaluation de ces indicateurs dans l'espace sanitaire ouest-africain révèle qu'ils sont en permanence en situation de nombreux périls sans bénéficier de politiques de sécurité sanitaire rassurantes. De cette remarque se dégage l'analyse éthique des causes organisationnelles induisant des risques de décès maternels. L'analyse éthique identifie, en effet, divers paramètres liés à la gouvernance de l'organisation des ressources humaines, infrastructurelles et techniques de la santé maternelle. Ces paramètres à portée éthique montrent que la santé maternelle n'est pas un projet de société dans l'espace sanitaire ouest-africain. Car ainsi que le résume bien C. de Singly (2014, p.555) « La seule réponse possible à la demande de soin est celle du manque de moyens, du manque de personnels, du manque de médicaments, du manque de lits, (...). ». A ces indisponibilités techniques et logistiques, il faut ajouter le manque de groupes électrogènes pour assurer la permanence de la fourniture de l'électricité en cas de coupure de sa source ordinaire distribuée par les compagnies d'électricité. Nombreuses femmes perdent la vie dans les échecs des césariennes associés à la coupure d'électricité. Mais face à pareille faiblesse du management hospitalier, les acteurs soutiennent que ce sont des cas d'infortune. Un tel argument est-il rationnellement et moralement pertinent pour couvrir l'absence de politiques de financement de l'ensemble des moyens logistiques à destination du renforcement de la sécurité des patients en situation médicale d'urgence ? La satisfaction de ces ressources est la responsabilité première des pouvoirs publics, États et Gouvernements auxquels il manque une parfaite représentation des enjeux et défis liés à la prise en charge sanitaire de la femme et de l'enfant dans les établissements publics. La capacité des pouvoirs publics à concevoir la santé maternelle

comme « un métier de l'Humain »¹², et donc à mettre le bien-être de la femme et de l'enfant au centre des dispositifs politiques et techniques de la gouvernance du système de santé n'est pas perçue et développée comme un impératif éthique majeur pour le développement durable. Dans son *Rapport-Global* le Fonds Français MUSKOKA¹³ rappelle les conditions de cet objectif:

La réduction de la mortalité maternelle nécessite en effet du personnel qualifié en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, un équipement médical et chirurgical, un environnement favorable et un approvisionnement en intrants (médicaments, consommables, etc.).

D'une manière générale, ces critères d'optimisation des soins maternels ne sont pas satisfaits dans une tradition managériale du fonctionnement global des hôpitaux qui réduit, sans doute, la reproduction humaine à une simple activité biologique. Le déficit de représentation des enjeux éthiques de la reproduction humaine interpelle alors le rôle humanitaire et les compétences éthiques des pouvoirs publics à protéger les femmes. Car elles seules assument les risques majeurs et parfois mortels de la mise en œuvre de cette fonction qui n'est pas que biologique mais assignée comme le projet éthique fondamental de l'humanité pour perpétuer la continuité joyeuse de son existence. Être capable d'adhérer à cette considération éthique de la reproduction, c'est reconnaître que le soin de la femme fonde le premier devoir d'humanité de toute société responsable et solidaire de l'expérience douloureuse de la femme. Cette attention bienveillante à l'égard de la santé maternelle devrait être le principal argument éthique du financement prioritaire de la santé maternelle en Afrique subsaharienne.

En effet, l'absence d'un engagement financier réel de la santé a des conséquences sur la sécurité des soins maternels qui recouvre la qualité des conditions d'accueil et de protection des patients. Ces conditions ont pour contenu matériel la performance des plateaux techniques, la disponibilité permanente des produits sanguins et des médicaments. La mise en réseau de l'ensemble de ces compétences organisationnelles pour permettre aux professionnels de réaliser efficacement des soins de qualité et, ainsi, atteindre la satisfaction des besoins et attentes des patients, forme la chaîne de valeur dont le succès incombe à la responsabilité première des pouvoirs publics. Le manque de financement de l'optimisation de cette chaîne de valeur est un facteur de dégradation du climat éthique et professionnel des soins. Car elle entrave l'amélioration du système médico- technique global et la formation, non seulement, en quantité suffisante, mais aussi en qualité des ressources humaines devant avoir une habileté d'intervention cohérente et un excellent niveau de compétences éthiques opérationnelles. Le financement de la santé de la mère et de son enfant est donc un impératif éthique qui exige de mettre à leur service « le nombre de professionnels par personne accueillie ou accompagnée afin de préserver leur dignité et leurs droits fondamentaux », souligne l'UNIOPSS¹⁴.

¹²Voir la pétition contre la pénurie des métiers de l'humain lancée le 08/07/2022 par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS), voir :

https://twitter.com/Uniopss?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor

Ou encore : <https://www.uniopss.asso.fr/actualites/penurie-metiers-de-lhumain-signez-petition>

¹³<https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/03/FFM-Rapport-Global-Phase-1.pdf>

¹⁴ UNIOPSS, https://twitter.com/Uniopss?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor

D'une manière générale, les insuffisances de compétences organisationnelles sont des facteurs de risques mortels en santé maternelle. En d'autres termes, la qualité des offres de soins médicaux dans l'espace sanitaire ouest-africain, en ce qui concerne la santé maternelle, souffre de dysfonctionnements en matière d'organisation qualitative de l'accès aux soins. Le cadre général de gouvernance politico-médicale ouest-africaine n'est pas conforme aux normes d'efficacité en santé maternelle de manière à permettre d'identifier rapidement les facteurs de risque, ensuite, les analyser et, enfin, les traiter dans les meilleures conditions de travail.

Mais, il y a à côté du risque organisationnel des soins d'autres facteurs d'insécurité qui sont d'ordre socioculturel qu'il faut à présent aborder.

2.2. Les causes socioculturelles des risques maternels.

L'analyse des causes socioculturelles peut débuter avec la remarque de C. Rumeau-Rouquette (2001, p. 91) qui met en relief « les tendances des individus qui n'acceptent pas de renoncer à des facteurs de risques parfaitement identifiés. » Ces tendances comportementales sont l'expression des structurations culturelles et sociales de la personnalité des individus. Ces structurations sont porteuses d'influences négatives sur la dynamique mentale et intellectuelle des personnes qui s'y trouvent et leur adhésion à la pertinence des intérêts les concernant. Selon B. Boubacar (2008)¹⁵ :

Les facteurs socioculturels tels que l'ignorance, l'analphabétisme, les croyances religieuses et coutumières, le faible pouvoir décisionnel des femmes, (...) sont principalement responsables du premier retard à savoir la prise de décision de recourir aux soins de santé. (...). Des femmes peuvent être amenées à choisir d'accoucher dans des conditions dangereuses pour des raisons culturelles et culturelles telles que le refus d'être vu par un homme ou la plus grande confiance aux tradipraticiens, aux marabouts et autres...

Ces structurations socioculturelles forment l'ensemble des conditions déterminantes du contexte social et culturel où se développe la vie maternelle. En effet, dans l'espace social et culturel ouest-africain, la dynamique des schèmes culturels et le poids des interdits culturels sur le niveau d'instruction des populations les rendent généralement inaptes à identifier les signes de danger périnatal et à observer les recommandations médicales qu'exige la grossesse. Autrement dit, les perceptions culturelles qu'ont les communautés de la grossesse, de la maladie et des soins, entravent le recours suffisant aux soins prénatals dans les centres de santé afin d'aider les professionnels à établir avec cohérence et pertinence un plan de naissance.

Il s'agit également de populations marquées par un état social dont le support économique, très précaire, a un impact réel sur la continuité des soins. En effet, leur contexte économique, dominé par la pauvreté, les empêche de financer de manière responsable les frais de leurs soins maternels. Une telle situation a pour conséquence inévitable, le renoncement aux soins dans les hôpitaux et le recours aux médicaments traditionnels, culturellement et communautairement ancrés dans les comportements pour leurs effets jugés potentiellement positifs et

¹⁵ Barry Boubacar, « Mortalité maternelle : cause et facteurs favorisants déterminés par l'autopsie verbale dans le Département de Bakel », 2008, en ligne, voir : https://www.memoireonline.com/07/11/4592/m_Mortalite-maternelle-cause-et-facteurs-favorisants-determines-par-lautopsie-verbale-dans-le-d37.html

économiquement accessibles. Mais qu'on pense aussi un instant aux événements de pharmacovigilance associés à l'utilisation de ces médicaments, c'est-à-dire leurs conséquences sur la sécurité de la grossesse et de la naissance ! En d'autres termes, si des raisons socio-économiques, communautaires et culturelles prédisposent nombreuses femmes au recours périnatal des médicaments traditionnels, nul ne peut non plus ignorer leurs possibles effets indésirables et les complications périnatales dont elles peuvent être victimes. Ces questions interpellent les pouvoirs publics, les institutions en charge du problème périnatal sur la condition de la femme et de l'enfant, c'est-à-dire en fin de compte sur la sécurité périnatale. Elles demandent qu'un nouveau cadre de recherche et d'action soit élaboré et centré sur les usages des médicaments traditionnels, surtout ceux qui ont des effets ocytotiques, pour déterminer leurs conséquences sur la prise en charge périnatale.

L'ensemble de ces indicateurs du risque maternel doit bénéficier de l'attention éthique des pouvoirs publics pour définir des mesures correctives sans doute centrées sur « l'éducation de la mère, de la famille, et de la communauté au sujet des symptômes de maladie observés lors des visites prénatales, et l'éducation communautaire », selon l'OMS (2015, p.42). Ces mesures concernent aussi la nécessité « d'étendre la couverture des réseaux de référence, d'améliorer la reconnaissance des urgences obstétricales par la communauté, et de renforcer la capacité des établissements de santé à fournir des soins obstétricaux de qualité », peut-on conclure avec l'OMS (2015, p.42).

Cependant, à l'identification de l'ensemble de ces paramètres socioculturels, il faut ajouter ceux qui constituent les causes cruciales des risques maternels dont les mesures correctives vont au-delà des dispositifs ordinaires de riposte. Il s'agit des attitudes de construction professionnelle des risques. Comment se manifestent-elles ?

2.3. Construction professionnelle des risques maternels.

La construction professionnelle des risques maternels est le point essentiel de l'analyse éthique des problématiques de santé maternelle en Afrique de l'Ouest. En effet, la production professionnelle de ces risques met en exergue les attitudes de soins, d'accueil hospitalier, inappropriées à l'exercice des valeurs fondatrices de la santé maternelle. Les irrégularités comportementales des professionnels de santé qui exercent dans les unités de soins et de protection maternels et infantiles, vécues comme des expériences, malheureuses, désagréables et frustrantes, n'encouragent pas les femmes à les fréquenter régulièrement. La violation du secret médical, la violence verbale, les atteintes à l'intégrité physique et personnelle, l'âpreté d'ensemble dans la relation de soins et la peur qui y est associée, contraires à l'éthique du Serment médical hippocratique¹⁶, qu'elles subissent, les fragilisent moralement et psychologiquement. Ces attitudes et les fautes d'humanité associées sont des facteurs de construction professionnelle des risques maternels. Elles ont pour conséquence le renoncement par les femmes aux soins prénatals. En d'autres termes, la fabrique professionnelle de ces risques qui relève des dérives de la structure des relations de soins épistémiquement asymétrique, les condamne à la déchéance. Celle-ci se traduit par l'aliénation, sans possibilité de les revendiquer, de leurs droits médicaux et hospitaliers, de leur humanité et de leur dignité dans l'indifférence professionnelle déshumanisante.

¹⁶Toutes ces questions traversent l'éthique hippocratique centrée sur le respect de la vulnérabilité des patients, de la vie et de la dignité humaine. Voir, J. Jouanna, *Hippocrate*, (1992, p. 523).

Les formes d'expression de cette aliénation qui rompt la confiance entre les professionnels de santé et les usagers de la santé maternelle induisent une crise de l'éthique du rapport à l'altérité de l'autre qui convoque et interpelle la conscience soignante ainsi que le souligne R. Scelles (2014, p. 80-81) :

Dans une éthique de la considération d'autrui, le professionnel est conduit à s'interroger sur la personne dont il doit prendre soin, dans un cadre donné, et sur la manière dont cette rencontre l'interpelle comme sujet sexué, appartenant à un certain milieu social, avec la distance que permet, propose le savoir, le savoir-être, le savoir-faire du professionnel.

Cette crise marque la défaite de la femme, de son humanité et de sa dignité. Elle témoigne de l'absence d'une culture bien comprise du risque comportemental "invasif" et de ses effets indésirables sur la santé et l'avenir des soins maternels. Elle s'explique, en partie, par la négligence professionnelle, c'est-à-dire le manque d'attention aux besoins fondamentaux des patients dont le plus important demeure, dans la rencontre non pas simplement médicale, mais éthique, la disponibilité professionnelle des agents de soins. Car cette disponibilité est une dimension éthique primordiale de l'activité médicale face à la vulnérabilité des personnes en contexte maternel et périnatal. C'est que leur vulnérabilité, expression de leur position horizontale, est ce qui fonde, selon R. Schaer (2014, p.153) l'essence de l'éthique médicale, ainsi qu'il écrit : « C'est l'homme couché qui oblige l'homme debout ».

Les dérives des attitudes professionnelles productrices de risques maternels sont lourdes de conséquences pour les femmes et leurs enfants. À titre d'exemple, la rupture de continuité des soins suscitée par la négligence de la prise en charge, c'est-à-dire la surveillance active post-natale, explique généralement les décès dus à l'hémorragie postpartum tardivement constatée de nombreuses mères abandonnées dans les salles d'observance. À ce comportement dysfonctionnel s'ajoute le manque d'attention à la disponibilité des produits sanguins avant le commencement des soins pour faire rapidement face aux hémorragies postpartum inattendues. Tous ces facteurs de négligence montrent que le professionnel de la médecine périnatale n'est pas suffisamment éduqué aux enjeux de la périnatalité et de l'importance d'avoir un plan d'accouchement.

Ainsi, les agents de santé, médecins, gynécologues et obstétriciens, infirmières et sages-femmes, qui forment le personnel de soins peuvent devenir des producteurs de risques maternels. Car être un producteur de risques, c'est adopter intentionnellement ou par négligence, des attitudes malveillantes qui mettent en danger la vie d'autres personnes, altérant dans ce cadre de la médecine périnatale l'ontologie de l'éthique des missions soignantes. Par exemple, et selon T. A. Fame et al (2013, p.73) : « Nombreuses sont les échappées belles ont avoué leurs préoccupations face à l'hostilité des soignantes, notamment pendant les consultations prénatales. » Qu'on se représente bien, un instant, les conséquences de telles attitudes professionnelles sur la périnatalité ! Elles ne sont rien d'autre que des ruptures éthiques de la relation d'humanité, de confiance et d'aide qu'exigent la protection et la promotion de l'humain en situations périnatales. Or, ce qui oblige et fonde la cohérence, le sens et la priorité de l'engagement de service des professionnels et spécialistes de la santé maternelle, c'est fondamentalement la situation de vulnérabilité et de précarité de la femme et de l'enfant. Mais il arrive que certains obstétriciens et pédiatres « oublient les problèmes généraux que constituent les normes de sécurité et de gestion générale du risque », relève C. Rumeau-Rouquette (2001, p.87). Cette idée ouvre la voie à la perspective des audits pour statuer sur la responsabilité des acteurs du soin maternel. L'audit clinique est-il suffisant sans recours à

l'audit éthique pour définir un cadre de régulation des actions périnatales éthiquement incorrectes ?

3. RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE GOUVERNANCE DE LA QUALITÉ DES OFFRES DE SOINS EN SANTÉ MATERNELLE

La recherche d'une meilleure gouvernance de la santé maternelle oblige à définir de nouveaux paradigmes éthiques qui encadrent efficacement la qualité des offres de compétences administratives, organisationnelles, professionnelles, communautaires et culturelles visant à renforcer la sécurité périnatale. C'est dans cette perspective que l'analyse qui a concerné les causes des risques maternels a mis en relief les attitudes de construction professionnelle de ces risques dont la compréhension et les mesures correctives légitiment l'irruption du concept d'audit éthique dans la recherche des instruments de leur réduction. Qu'est-ce qui distingue l'audit éthique de l'audit clinique ? Et, que peut-on attendre de l'audit éthique dans la régulation des risques maternels et infantiles ? Comment de cet audit éthique parvenir à construire une nouvelle santé maternelle, plus proche et durable dans l'espace sanitaire ouest-africain ?

3.1. Distinction conceptuelle entre l'audit clinique et l'audit éthique

Le mot « audit » relève du vocabulaire courant des théories du contrôle de gestion. Il désigne généralement un ensemble de procédures d'évaluation de la conformité des activités aux critères normatifs prédéfinis pour réaliser les objectifs de performance fixés. C'est à la lumière de cette définition que s'appréciera son ensemencement dans l'univers de la santé maternelle qui le décline en audit clinique et audit éthique pour en saisir les enjeux.

Il faut noter que la dimension éthique des constructions professionnelles des risques maternels reste inexplorée dans la méthodologie de l'audit clinique des décès maternels aussi bien dans les établissements de santé que dans les communautés. Car, en général, le but de l'audit clinique consiste à comprendre si les actes cliniques et les résultats associés ont été conformes aux dispositions et critères médicaux prédéfinis pour répondre efficacement aux problématiques de la femme en situation maternelle sans risques de morbidité sévère ou de mortalité. De façon précise, et avec C. Bullough et W. Graham (2004, p. 137-138) :

Un audit clinique cible généralement un thème qui s'inscrit dans le processus de soins. (...). Un audit clinique suppose que l'on compare directement les soins administrés dans une situation donnée à des critères préalablement déterminés et convenus, relatifs aux bonnes pratiques de prise en charge de ce type de cas.

L'audit clinique interroge la pertinence et les échecs de l'administration des soins, leur adéquation ou inadéquation pour atteindre les résultats escomptés. Il ne s'occupe donc que des critères d'efficacité et de mesures de pertinence clinique. Car rappellent encore C. Bullough et W. Graham (2004, p. 140) « L'audit clinique étant un exercice confidentiel, les patientes et leurs parents n'en verront pas les résultats. Cela devrait rassurer tous ceux qui craignent que l'adoption de critères déterminés n'augmente le risque de poursuites judiciaires. » Ainsi, il reste moins explicite sur les dimensions éthiques normatives des attitudes d'exposition aux risques maternels. C'est pourquoi, il faut aller au-delà de l'audit clinique pour introduire dans la problématique des perspectives de réduction des risques maternels l'approche d'un audit éthique de la qualité des offres de soins en santé maternelle. En quoi consiste-t-il réellement ?

Contrairement à l'audit clinique, l'audit éthique est un instrument d'évaluation des capacités et des fautes d'humanité. Les capacités d'humanité recouvrent le bon fonctionnement des politiques éthiques, des conditions acceptables de leur mise en œuvre, c'est-à-dire, en fin de compte, les compétences éthiques qui favorisent l'accès aux soins. Quant aux fautes d'humanité, elles désignent l'ensemble des manquements au respect des principes de la dignité humaine comme principe matriciel de la protection de la personne, de ses droits et de sa vulnérabilité en situation de soins. La préoccupation majeure au cœur de l'audit éthique consiste alors à comprendre, ainsi que le souligne l'UNESCO (2006, p.35) si « le médecin, quelles que soient ses conditions d'exercice s'est consacré en toute indépendance technique et morale à la prestation de soins de qualité avec compassion et respect pour la dignité humaine. » L'audit éthique interroge la démarche éthique des soins, c'est-à-dire l'exercice des normes de conduite éthique dans la relation de soins à mettre au service des intérêts et des besoins du patient. Il porte, de façon générale, sur l'évaluation normative du professionnalisme, des responsabilités, des obligations éthiques des agents et professionnels de santé envers les patients. En d'autres termes, il consiste à comprendre et à situer leur part de responsabilité éthique dans la rupture de confiance ayant pour conséquences l'échec des soins. Ce concept fait référence, bien entendu, à l'irrégularité des consultations prénatales qui induit un manque d'informations sur les signes d'alerte de danger dont la production peut provoquer certaines complications obstétricales et les décès maternels et infantiles associés.

Ainsi, l'audit éthique est nécessaire pour analyser sans passion les accusations de fautes d'humanité, les conflits d'intérêts en identifiant les abus de pouvoir, la violation des principes éthiques masqués par les théâtralisations d'alibis cliniques généralement avancés pour se protéger contre les sanctions pour manquements aux obligations éthiques, au droit médical ou au droit d'accès aux soins des patients. Dans les situations de décès maternels, l'audit éthique peut contribuer à identifier les fautes professionnelles en allant au-delà de l'autopsie clinique. Ici, il prend en compte l'examen des contenus conceptuels d'une autre forme d'autopsie, celle d'une enquête ou entrevue dans l'environnement familial de la victime, c'est-à-dire avec ses proches et le personnel de santé sur les procédures de soins reçus. Il s'agit de l'autopsie verbale¹⁷ dont l'on doit l'histoire à C. Ronsmans, J.-F. Etard et G. Walraven (2004, p. 47) :

À l'origine, une autopsie verbale était strictement considérée comme une méthode permettant de déterminer l'ampleur et les causes médicales des décès maternels, à partir d'un entretien avec la famille de la défunte ou les voisins. Cependant, avec le temps, on a reconnu la nécessité d'obtenir des renseignements sur les facteurs autres que médicaux qui peuvent contribuer aux décès maternels. Les autopsies verbales sont à présent utilisées plus largement pour fournir des renseignements sur les causes médicales et non médicales.

Grâce à cette méthode, l'audit éthique peut aider à comprendre quelles sont les attitudes professionnelles ayant pu concourir au décès maternel. Car qu'on pense un instant à la négligence de la surveillance active post-natale dans la préparation d'un plan d'accouchement ! Ainsi, il faut conclure avec C. Ronsmans, J.-F. Etard et G. Walraven (2004, p. 51) que « L'autopsie verbale offre une occasion unique de tenir compte de l'avis de la famille et de la communauté concernant l'accès aux services de santé et la qualité de ces derniers, dans les

¹⁷Nous ne faisons pas de différence fondamentale entre l'autopsie verbale et l'autopsie sociale qui en dérive par ailleurs puisque le but visé est le même comme on peut le voir avec Aliou Coulibaly et Caroline Tourigny (2013, p. 113) : « L'autopsie sociale est un processus d'entrevue qui vise à identifier les facteurs sociaux et comportementaux, et ceux du système de santé contribuant à la mortalité maternelle. » in Pierre Fournier, Slim Haddad et Valéry Ridde, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan, 2013.

efforts déployés pour améliorer les services de santé maternelle. » Elle fournit aux usagers et aux défenseurs de la santé maternelle des arguments pour revendiquer des améliorations dans les pratiques professionnelles. Maintenant quel modèle de gouvernance pour construire une santé maternelle plus proche, plus rassurante et plus durable ?

3.2. Gouvernance éthique des offres de soins maternels : pour une éthique de l'empathie motivationnelle

En général, le concept de gouvernance éthique renvoie à la manière compétente dont les pouvoirs publics, les professionnels et les citoyens en charge des réglementations intègrent les compétences éthiques aux finalités de leurs délibérations pratiques pour améliorer le bien-être de la population. Une meilleure façon de le dire, c'est la compétence à avoir dans une situation donnée la même perception des enjeux et des défis.

Appliquée à la santé maternelle, l'efficacité de la gouvernance éthique comme compétence à identifier les valeurs durables afin de renforcer la transparence, l'équité et la responsabilité dans la gestion des problématiques materno-infantiles, est déterminée par le degré d'accroissement de la sensibilité éthique des acteurs du soin. Mais cette sensibilité éthique peut faire défaut sous l'influence de divers facteurs d'exposition aux risques d'une psychopathie comportementale, c'est-à-dire l'absence d'émotion bienveillante pour l'émotion et la souffrance des autres, c'est-à-dire celles de la mère et de l'enfant qui ne demandent qu'une seule chose : les reconnaître du point de vue exclusivement éthique comme des êtres humains à parité avec tous les autres êtres humains dans le monde partageant la même condition humaine.

Cette urgente nécessité de reconnaissance éthique de la mère et de l'enfant conduit à fonder la gouvernance éthique des soins maternels sur la promotion d'une éthique de l'empathie motivationnelle. Celle-ci consiste à élever le niveau de responsabilité et le quotient émotionnel des multi-acteurs, impliqués dans le parcours des soins maternels. En d'autres termes, renforcer leur niveau de conscience et de compréhension des enjeux liés à la situation de fragilité de la mère et de l'enfant de manière à faire reculer leurs craintes est une dimension éthique primordiale de la sécurité des soins materno-infantiles. Il s'agit d'inviter les instances phares concernées, gouvernements, professionnels de soins, leaders communautaires à développer leur responsabilité éthique entendue comme attention et disponibilité bienveillantes, capacité d'écoute soutenue et ferme volonté de considérer les besoins et attentes de la mère et de son enfant, afin d'y apporter les solutions qu'ils nécessitent. L'éthique de l'empathie motivationnelle en santé maternelle consiste donc à rechercher l'amélioration de la satisfaction du bien-être de la mère et de son enfant dont la prise en charge de la vulnérabilité appelle, rappelle et oblige à prendre en compte les recommandations qui vont suivre.

La première recommandation pour une meilleure représentation de la situation de fragilité de la mère et de l'enfant dans les politiques et programmes de formation en santé maternelle concerne l'éducation des multi-acteurs aux fondements éthico-ontologiques du soin maternel. Quel est le statut ontologique de la mère et de l'enfant ? Qui sont-ils ? Sommes-nous ontologiquement reliés ? Quels liens d'humanité et de dignité nous obligent-ils à leur respect absolu sans contexte ? Ces fondements révèlent l'universalité de l'identité humaine et des droits associés sans discriminations idéologico-systémiques. Il s'agit en effet d'éduquer pédagogiquement les multi-acteurs de la question maternelle aux enjeux de l'appropriation et du réinvestissement en situation de vie courante de l'appartenance de la mère et de l'enfant à

l'universalité de l'identité humaine et du droit que confère cette appartenance au respect de leur vie et des principes de leur dignité.

La seconde recommandation, complémentaire de celle qui précède, porte sur le renforcement de la culture de la sécurité en santé maternelle. En effet, la question maternelle doit être comprise comme un enjeu d'humanité et de sécurité humaine pour mieux susciter le besoin d'augmenter la responsabilité éthique des multi-acteurs du soin maternel. Et c'est par l'internalisation des normes de conduite éthique qu'on atteindra ce but. Il s'agit donc dans cette recommandation de renforcer les compétences éthiques qui favorisent le développement des meilleurs comportements et pratiques que demandent la qualité et la sécurité des soins face aux attitudes de construction professionnelle des risques maternels. L'efficacité de cette recommandation contre les modes de fabrique professionnelle de ces risques maternels consistera à s'appuyer sur les outils méthodologiques de l'audit éthique pour identifier les attitudes de négligence et les fautes d'humanité associées dans la relation de soins. C'est dire que la négligence professionnelle est un manque de compétence éthique, et en ce sens, elle doit être considérée comme une faute professionnelle à sanctionner par la loi qui organise et donne aux codes de déontologie médicale leur force de coercition. Car note O. Hassid (2011, p.40) : « En droit, la négligence est le domaine du droit de la responsabilité délictuelle qui a trait à une conduite ne répondant pas à la norme jugée acceptable par une personne raisonnable ». Le recours à la perspective juridique pour sanctionner les mécanismes de victimisation n'est donc pas de moindre importance. Mais d'un point de vue éthique, il faut engager la réflexion sur la recherche des conditions susceptibles de modifier à la base les comportements des acteurs négligents. Car en situation médicale, la négligence est un déficit de compétence éthique. Elle signifie une absence de considération, de vigilance et d'attention soutenue dans la reconnaissance éthique de l'autre dont la position horizontale interroge le fond d'humanité de la conscience professionnelle. Ainsi, une internalisation des principes et directives éthiques qui encadrent en permanence l'exercice de la profession de soins doit devenir un impératif majeur de la gouvernance éthique des politiques publiques de santé maternelle. En d'autres termes, cette disposition visant à placer au cœur de la relation de soins l'intérêt des patients, doit faire l'objet d'une formation active des professionnels de la santé maternelle en éthique, discipline qui leur « donne la capacité de pouvoir rencontrer l'être en soi, cet être qui faiblit, s'enfonce, et se perd dans le monde de la souffrance », dira C. Hervé (2000, p.46).

La troisième recommandation consiste à corriger les lacunes organisationnelles à différents niveaux de la gouvernance politique des soins maternels pour rendre la santé maternelle plus proche et durable. Une telle disposition implique, bien entendu, diverses mesures à mettre en place. Il s'agit d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui sont, entre autres, l'amélioration de la qualité des dispositifs organisationnels et techniques. Mais aux dispositifs techniques il faut intégrer la fourniture permanente d'eau et d'électricité pour garantir aux patients une sécurité plus optimale. Car nombreux sont les décès maternels associés à la coupure de l'électricité pendant les opérations chirurgicales de césarienne. Il faut financer l'achat de groupes électrogènes pour renforcer la sécurité périnatale dans les hôpitaux, notamment les CHU qui généralement n'en disposent qu'un seul pour couvrir les besoins en électricité dans les unités d'interventions chirurgicales. Il est donc impératif d'encourager le développement d'infrastructures performantes, la disponibilité de la logistique et des soins obstétricaux d'urgence dans les hôpitaux et les centres de soins de santé primaires, la disponibilité des ressources et des produits sanguins en quantité suffisante, des transports médicalisés adaptés à l'état des routes et conformes aux besoins de sécurité de la grossesse dans les zones rurales éloignées d'un centre de premier contact ainsi que la disponibilité des compétences professionnelles. Ce dernier point mérite qu'on s'y arrête un instant. Il concerne en effet la

répartition en nombres suffisants des professionnels dans les services de soins maternels et leur encadrement hospitalier qui est un impératif de performance et de sécurité maternelle. L'encadrement hospitalier consiste à développer des mesures de mise à jour des compétences, c'est-à-dire le renforcement et le recyclage des connaissances et pratiques des professionnels exerçant dans les zones éloignées sans possibilités de s'informer régulièrement et se former pour mieux agir. Les autorités gouvernementales en charge de la santé maternelle doivent intégrer dans leur agenda le financement du recyclage obligatoire des compétences opérationnelles à la fois éthiques et techniques des praticiens de la santé maternelle. L'autre aspect de l'encadrement hospitalier concerne la gestion hospitalière des relations professionnelles qui est un indicateur de la sécurité des soins. L'accueil hospitalier des nouveaux agents de santé dans les unités de soins doit s'accompagner de mesures de leur encadrement par les responsables de ces unités. D'une manière générale, le renforcement qualitatif de l'accès à la santé maternelle, qui passe par l'amélioration de la compétitivité des dispositifs techniques, infrastructurels et des ressources professionnelles d'excellence, doit être le premier indicateur normatif d'évaluation de la qualité et de la sécurité en santé maternelle.

La quatrième recommandation est consacrée à la gestion des structurations socioculturelles des rapports aux soins maternels. Car ces structurations, fondées sur l'intégration des logiques et injonctions socio-culturelles qui déterminent les comportements des communautés, induisent des menaces sanitaires, et entravent pour ainsi dire l'efficacité des soins maternels. Ici encore, la nouvelle gouvernance éthique oblige les pouvoirs publics à assumer par des stratégies diverses de communication et d'information leur devoir de protection sociale envers les plus vulnérables, en jouant pleinement leur rôle éducatif sur les risques culturels, autant dire, les comportements culturels à risque. Et, pour son efficacité, elle doit reposer sur une méthodologie visant à faire des perceptions culturelles de la grossesse des instruments de travail dans la prévention des mortalités maternelles et infantiles. Car nous dit R. Massé (2008, p.348) « Seule une solide connaissance des fondements ethnoculturels des habitudes de vie et des comportements ciblés par les interventions rendra possible une santé publique autant culturellement qu'éthiquement sensible. » Cette tâche consistera donc pour les pouvoirs publics à comprendre les conséquences des risques culturels sur les équilibres de la santé maternelle, et à les prévenir par une démarche participative avec les femmes, les familles et les leaders communautaires. La promotion éthique de la santé maternelle, devenue l'engagement prioritaire de la gouvernance éthique doit donc contribuer au changement de comportement des patientes en élevant leur niveau de compréhension critique des facteurs culturels qui peuvent être des sources d'insécurité lorsqu'ils les poussent à résister aux différents plans de leur prise en charge en médecine moderne.

Enfin, la cinquième recommandation est relative à l'institutionnalisation de l'évaluation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins maternels. La pertinence de cette recommandation réside dans l'examen des engagements de service et du contrat de confiance qui lient les professionnels de santé aux usagers de la santé maternelle. En pratique, il s'agira d'élaborer des outils d'enquêtes sur la qualité et la sécurité des soins à soumettre à la fois à l'appréciation des professionnels et des usagers des soins maternels, c'est-à-dire les patients et leurs accompagnants. Ces enquêtes fondées sur la transparence de la relation thérapeutique porteront sur le service médical rendu, les actes médicaux, la dénonciation des comportements professionnels dysfonctionnels, des effets indésirables associés à l'administration des médicaments et aux pratiques, les déficits de communication transparente, les dysfonctionnements organisationnels de la prise en charge des patients et les attentes et besoins de santé de ces usagers. Une telle démarche participative permettra de prendre des mesures correctives pour améliorer de façon continue la satisfaction des usagers de la santé maternelle.

Au-delà des finalités attendues de ces enquêtes, c'est la construction d'une nouvelle conception des soins maternels dans les hôpitaux à rendre hospitaliers à différents niveaux de leur organisation et de leurs objectifs prioritaires. Ces niveaux concernent principalement leurs différentes capacités : médicale, sociale, soignante, éthique, technique, logistique, architecturale, informationnelle et communicationnelle.¹⁸

Conclusion

La problématique de la qualité et de la sécurité des patients en santé maternelle demeure le cœur de la réflexion éthique dans le champ des politiques publiques de santé. L'identification des dysfonctionnements organisationnels, des causes socioculturelles et des attitudes professionnelles inappropriées perçues comme des sources d'insécurité qui mettent en péril la sécurité materno-infantile, demande que soit élaborée une nouvelle approche de la question maternelle. Cette approche a pour visée éthique de renforcer la sécurité humaine dans les pratiques des soins maternels. En d'autres termes, elle doit aboutir à la promotion d'une nouvelle gouvernance éthique de la santé maternelle fondée sur l'internalisation des principes et directives éthiques sans laquelle tout projet de construction d'une meilleure gouvernance de la sécurité de la grossesse et de la naissance ne peut pleinement s'accomplir.

Bibliographie

ASNOM (Association Amicale Santé Navale et d'Outremer), « La protection maternelle et infantile », voir site : <http://www.asnom.org>

BARTHÉLÉMY Pascale, (2002), « Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960 » in Anne HUGON, *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XX^e siècle*, Paris, Éditions Karthala, 2004, p.119-144.

BARTHÉLÉMY Pascale, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Presses universitaires de Rennes, en ligne, <https://books.openedition.org/pur/102380?lang=fr>

BARTOLI Annie et BLATRIX Cécile, (2022), *Le grand livre du management public/ Sens et performance, Modélisation et évaluation, Défis et logistiques d'action*, 5^e édition, Dunod.

BOUBACAR Barry, (2008), « Mortalité maternelle : cause et facteurs favorisant déterminés par l'autopsie verbale dans le Département de Bakel », en ligne, voir : https://www.memoireonline.com/07/11/4592/m_Mortalite-maternelle-cause-et-facteurs-favorisants-determines-par-lautopsie-verbale-dans-le-d37.html

BULLOUGH Colin et GRAHAM Wendy, « L'audit clinique ou comment tirer des enseignements d'études de cas systématiques évalués sur la base de critères explicites » in OMS, *Au-delà des Nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les décès liés à la grossesse*, Genève, 2004, p. 135-154.

¹⁸ Nous nous inspirons ici des travaux d'A. Bartoli et C. Blatrix (2022, p.200).

BUSTREO Flavia et GILMORE Kate, (2015), *Surveillance des Décès Maternels et Riposte*, Organisation mondiale de la Santé.

COULIBALY Aliou et TOURIGNY Caroline, (2013), « Une expérience de collecte de données par l'autopsie sociale chez une population rurale au Mali : entre le cousinage, le verre de thé et les travaux champêtres » in FOURNIER Pierre, HADDAD Slim et RIDDE Valéry, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 113-137.

DEVOTO José Polo, (2014), « La santé des migrants: un engagement de santé publique » in HIRSCH Emmanuel, 2014, *Traité de bioéthique, I- Fondements, principes, repères*, Toulouse, Éditions érès, p.432-441.

HASSID Olivier, (2011), *Le management des risques et des crises*, Paris, Dunod.

HERVÉ Christian, (2000), *Éthique, politique et santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

FAME Thiaba Anais, FOURNIER Pierre et RIDDE Valéry, « Les causes du premier retard et leur impact sur la morbidité des urgences obstétricaux : le cas des échappées belle du district de Diéma (Mali) » in FOURNIER Pierre, HADDAD Slim et RIDDE Valéry, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 57- 77.

FONDS FRANÇAIS MUSKOKA, *Rapport global 2018* : <https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/03/FFM-Rapport-Global-Phase-1.pdf>

FOURNIER Pierre, HADDAD Slim et RIDDE Valéry, (2013), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan.

GISA Nathalie Sala, « En Afrique, la lutte contre la mortalité maternelle et infantile fragilisée par le Covid19 et l'insécurité. » voir : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/12/13/en-afrique-la-lutte-contre-la-mortalite-maternelle-et-infantile-fragilisee-par-le-covid-19-et-l-insecurite_6154276_3212.html

JOUANNA Jacques, (1992), *Hippocrate*, Paris, Fayard.

MASSÉ Raymond, (2008), *Éthique et santé publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

OMS (Organisation mondiale de la Santé), (2015), *Surveillance des Décès Maternels et Riposte*.

OMS : voir la Rédaction de la Région africaine pour l'OMS (01 décembre 2022) : « Les progrès réalisés par l'Afrique, en matière de mortalité maternelle et infantile, sont en recul selon un rapport de l'OMS » : <https://www.afro.who.int/fr/news/les-progres-realises-par-lafrique-en-matiere-de-mortalite-maternelle-et-infantile-sont-en>

OMS, voir site : https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_FR_2017_web.pdf

RONSMANS Carine, ETARD Jean-François et WALRAVEN Gij, (2004), « Autopsie verbale : tirer des renseignements de l'examen des décès survenus dans les communautés » in OMS, *Au-delà des Nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, Genève, 2004, pp, 47-60.

RUMEAU-ROUQUETTE Claude, (2001), *Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement*, Paris, Éditions EDK.

SCELLES Régine, (2014), « Théories psychologiques et pratiques de soin : pour une clinique de la prudence et du risque » in HIRSCH Emmanuel, *Traité de bioéthique, III- Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, Paris, érès, 2014.), pp.78-89.

SCHAER Roland, (2014), « Répondre du vivant » in HIRSCH Emmanuel, *Traité de bioéthique, I- Fondements principes, repères*, Toulouse, érès, 2014, pp.148-157.

SINGLY Chantal de, (2014), « Le « soin juste » sous contrainte économique à l'hôpital » in HIRSCH Emmanuel, 2014, *Traité de bioéthique, I- Fondements, principes, repères*, Toulouse, Éditions érès, pp. 554-566.

UNESCO, (2006), *Guide N° 2, Les comités de bioéthique au travail : procédures et politiques*.

UNION AFRICAINE (UA), *Rapport 2019 sur l'état de santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations d'urgence humanitaire*. Voir site: https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/36768-wd-final_2019_mncah_status_report_fr.pdf

UNIOPSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux). Voir la pétition contre la pénurie des métiers de l'humain lancée le 08/07/2022. Site : https://twitter.com/Uniopss?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor Ou encore : <https://www.uniopss.asso.fr/actualites/penurie-metiers-de-lhumain-signez-petition>

