

Réduire la mortalité maternelle

Déclaration commune
OMS/FNUAP/UNICEF/
Banque mondiale



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1999

Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/
Banque mondiale.

1. Mortalité maternelle 2. Facteurs de risque 3. Relation interinstitutionnelle
ISBN 92 4 256195 9 (Classification NLM : HB 1322.5)

L'Organisation mondiale de la Santé accueille favorablement les demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur les changements apportés au texte, les nouvelles éditions prévues, les réimpressions et les traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la Santé, 1999

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole No 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Imprimé en Suisse
99/12452 - Strategic/PCL - 3000

Table des matières

	Page
Préface	1
<hr/>	
1. Introduction	4
<hr/>	
2. La maternité sans risque est un droit de la personne humaine	6
<hr/>	
3. L'étendue du problème	9
Qu'est-ce qu'un décès maternel ?	9
Mesures de la mortalité maternelle	9
Où les décès maternels surviennent-ils ?	11
Pourquoi les femmes meurent-elles ?	13
<hr/>	
4. Facteurs qui sous-tendent les causes médicales de la mortalité maternelle	16
<hr/>	
5. Conséquences des décès maternels	19
<hr/>	
6. Que sait-on des moyens de réduire la mortalité maternelle ?	21
<hr/>	
7. Actions pour une maternité sans risque	24
Actions législatives et politiques	24
Interventions au sein de la société et de la communauté	27
Actions sanitaires	32
<hr/>	

8. Que peuvent faire les planificateurs et les gestionnaires de l'action de santé pour veiller à la mise en place de ces services ?	37
9. Comment savoir si nous progressons ?	39
10. Conclusions	41
Références bibliographiques	43
Annexe. Définitions	45

Préface

Dans le monde, près de 600 000 femmes âgées de 15 à 49 ans meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement. Ce qui est tragique, c'est que ces femmes meurent non pas de maladie mais alors qu'elles sont en train de donner la vie. La majorité de ces décès pourraient être évités moyennant une action préventive et des soins appropriés. Pour chaque femme qui meurt, beaucoup d'autres présentent des pathologies dont elles gardent des séquelles parfois à vie. La mortalité maternelle est un indicateur de la différence et de l'inégalité entre les hommes et les femmes et son importance un révélateur de la place des femmes dans la société et de leur accès aux services sociaux, sanitaires et nutritionnels, tout comme à la vie économique.

Le mauvais état de santé et l'absence de soins qui peuvent entraîner le décès au cours de la grossesse et de l'accouchement compromettent aussi la santé et la survie des nourrissons ou des enfants que ces femmes laissent derrière elles. On estime que près des deux tiers des 8 millions de décès de nourrissons enregistrés chaque année sont dus, en grande partie, au mauvais état de santé de la mère et à son hygiène défectueuse, à des soins inadaptés, à une mauvaise prise en charge de l'accouchement et à l'absence de soins essentiels pour les nouveau-nés.

La Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) et la Consultation technique sur la maternité sans risque (Colombo, 1997) ont permis d'attirer l'attention de la communauté internationale sur la nécessité d'intensifier les mesures prises pour réduire de moitié la mortalité maternelle, conformément à l'objectif fixé lors du Sommet mondial pour les enfants.¹ La Consultation sur la maternité sans risque a situé la mortalité maternelle dans le

¹ New York, 1990.

contexte des droits de la personne humaine, priant instamment les Etats d'utiliser leurs systèmes politiques, juridiques et de santé afin de remplir les obligations qui sont les leurs puisqu'ils ont approuvé les divers instruments internationaux relatifs aux droits de la personne humaine. Des experts de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF, de la Banque mondiale, du Conseil de la Population, de la Fédération internationale pour le Planning familial et d'autres organismes nationaux et internationaux ont fait le point des progrès accomplis au cours des dix dernières années et conclu qu'il était possible de réduire sensiblement la mortalité maternelle avec des investissements limités et des interventions programmatiques et politiques efficaces.

L'un des enseignements importants de ces dix dernières années est que les interventions destinées à réduire la mortalité maternelle ne sauraient prendre la forme de programmes verticaux isolés. La mortalité maternelle n'est pas seulement une « injustice sanitaire », c'est une « injustice sociale ». Les interventions sanitaires, sociales et économiques sont plus efficaces lorsqu'elles sont appliquées simultanément. Les interventions en faveur de la maternité sans risque doivent être mises en œuvre dans le cadre de programmes de santé plus généraux comprenant notamment le conseil nutritionnel et la supplémentation en micronutriments, la survie et le développement de l'enfant, la vaccination, l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement, la planification familiale, la prévention des grossesses non désirées, la prévention et le traitement du paludisme, du VIH/SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles.

La présente Déclaration commune, qui est le fruit d'un consensus entre l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale, illustre l'objectif commun et la complémentarité des programmes exécutés par ces quatre organisations en vue de réduire et de prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Les principes et la politique de chaque organisation sont régis par les décisions prises par son organe directeur et chaque organisation exécute, dans les limites de son mandat, les interventions décrites ici, conformément à ses principes et à sa politique. A partir des enseignements et des connaissances tirés

des efforts consentis par les pays pour réduire et prévenir les décès maternels et néonataux partout dans le monde, cette Déclaration définit les problèmes en jeu dans le choix des interventions et expose une approche consensuelle de la solution du problème.

Les messages importants de cette Déclaration commune portent sur les actions politiques et législatives qui sont indispensables pour parvenir à réduire la mortalité maternelle et sur les interventions sociales et communautaires qui doivent accompagner toute action du secteur sanitaire. La maternité sans risque est perçue comme un droit de la personne humaine, appuyé par des lois qui soutiennent toute action efficace visant à accroître l'accès des femmes aux services appropriés. Les familles et les communautés ont un rôle important à jouer pour rendre cet accès possible et protéger la santé des femmes en améliorant leur alimentation et en leur permettant d'éviter des grossesses non désirées. Le secteur sanitaire est invité à offrir des services de bonne qualité, notamment des soins essentiels en cas de complications obstétricales, à toutes les femmes au cours de la grossesse et de l'accouchement, en mettant particulièrement l'accent sur la présence d'une accoucheuse qualifiée lors de chaque naissance. Le message final souligne l'importance qu'il y a à surveiller les progrès réalisés au moyen d'indicateurs appropriés et par l'analyse de chaque décès maternel afin d'identifier les facteurs ayant favorisé ce dernier et qui auraient pu être atténués ou évités.

Cette Déclaration s'adresse aux gouvernements, aux responsables politiques dans les domaines social, économique et sanitaire, aux administrateurs des programmes de santé et de nutrition maternelle et infantile, aux organisations non gouvernementales, aux communautés et aux personnels de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF et de la Banque mondiale. Elle devrait les aider à prendre des décisions aux niveaux national et local, à adapter les interventions aux besoins particuliers des pays ou des circonstances, à mobiliser des ressources et à tirer le meilleur parti de ces ressources pour rendre la grossesse et l'accouchement plus sûrs.

1. Introduction

Chaque minute, chaque jour, quelque part dans le monde, une femme meurt de complications de la grossesse et de l'accouchement. La plupart de ces décès sont évitables.

Le droit à la vie est un droit fondamental de la personne humaine, impliquant non seulement que les individus ont le droit d'être protégés contre toute exécution arbitraire, mais aussi que les Etats ont pour obligation de favoriser les conditions propices à la vie et à la survie des individus. Les droits de la personne humaine sont universels et doivent être appliqués sans aucune discrimination quelle qu'elle soit, y compris d'ordre sexuel. Pour les femmes, les droits de la personne humaine supposent l'accès aux services qui assureront une grossesse et une maternité sans risque.

Depuis les années 40, la mortalité maternelle dans les pays développés est devenue de plus en plus rare. Cependant, il n'en va pas de même dans les régions en développement où la persistance de taux élevés de mortalité maternelle est symptomatique d'un mépris généralisé des droits les plus fondamentaux des femmes, dont souffrent en particulier les pauvres et les déshéritées, réduites à l'impuissance. La mort est l'aboutissement d'un long cortège de souffrances pour plus d'un demi-million de femmes et des millions d'autres restent meurtries et handicapées, beaucoup pour le reste de leur vie. Ces souffrances ne sont pas seulement physiques mais empêchent aussi les femmes d'assumer leurs responsabilités sociales et économiques et de participer au développement de leurs communautés.

La mortalité maternelle est une tragédie pour les femmes, leurs familles et leurs communautés.

Une mortalité maternelle élevée n'est pas uniquement un « problème de femme ». La mauvaise santé des mères et, corollaire inévitable — celle des nourrissons et des enfants — a des conséquences sur tous. Les femmes sont les piliers de la famille, celles qui éduquent les enfants, dispensent les soins de santé, s'occupent des jeunes et des plus âgés, cultivent la terre, font du commerce et sont souvent les principales sinon les seules pourvoyeuses de revenus. Une société privée de la contribution des femmes est une société qui verra sa vie économique et sociale décliner, sa culture s'appauvrir et son potentiel de développement se limiter sérieusement.

En 1987, la Première Conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixé pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté par la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le Sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995.

Aujourd'hui, on sait beaucoup mieux qu'il y a dix ans quelles sont les interventions efficaces, les obstacles qui interdisent l'accès aux soins, les limites imposées à l'exécution des programmes et les soins spécifiques qui doivent être assurés. Tous ces enseignements ont été récemment mis au premier plan lors d'une consultation technique internationale organisée à Colombo, Sri Lanka, en octobre 1997, pour marquer le dixième anniversaire de l'initiative Pour une maternité sans risque. Au cours de cette consultation, les organisations du système des Nations Unies les plus étroitement associées à l'élaboration et à l'exécution de programmes de santé génésique sont parvenues à un consensus sur les actions qui sont efficaces, leur coût et les moyens de les mettre en œuvre. La présente Déclaration commune reflète ce consensus et indique la marche à suivre pour tous ceux qui agissent dans ce domaine.

2. La maternité sans risque est un droit de la personne humaine

La mort d'une femme au cours de la grossesse ou de l'accouchement n'est pas seulement un problème sanitaire mais une injustice sociale.

Parmi les droits de la personne humaine énoncés dans les constitutions des pays et les traités régionaux et internationaux, beaucoup peuvent être appliqués à la maternité sans risque. Un grand nombre de ces traités et conventions reposent sur la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (1) ; il s'agit de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (2), de la Convention relative aux droits de l'enfant (3), de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (4), de la Convention américaine relative aux droits de l'homme (5), et de la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples (6).

Les droits de la personne humaine qui concernent la maternité sans risque peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- **Les droits relatifs à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne**, qui imposent aux gouvernements de garantir l'accès à des soins appropriés au cours de la grossesse et de l'accouchement et le droit pour la femme de décider si elle souhaite avoir des enfants, à quel moment et combien. Les Etats sont donc tenus de s'attaquer aux facteurs économiques, juridiques, sociaux ou sanitaires qui font que les femmes sont privées de ces droits fondamentaux.

- **Les droits relatifs à la famille**, qui imposent aux gouvernements de garantir l'accès aux services sanitaires et autres prestations dont les femmes ont besoin pour fonder une famille et mener une vie harmonieuse au sein de la famille.
- **Les droits relatifs aux soins de santé et aux bienfaits des progrès scientifiques, y compris l'information et l'éducation pour la santé**, qui imposent aux gouvernements d'assurer l'accès à des prestations de santé sexuelle et génésique de qualité avec des systèmes d'orientation-recours appropriés. Les mesures nécessaires pour garantir une maternité sans risque peuvent être obtenues par le biais des soins de santé primaires, quel que soit le niveau de développement économique d'un pays. Il est essentiel pour le respect de ces droits d'assurer l'information sur différentes questions de santé génésique, dont la planification familiale, l'avortement et l'éducation sexuelle.
- **Les droits relatifs à l'égalité et à la non-discrimination**, qui imposent aux gouvernements d'assurer l'accès à des services tels que l'éducation et les soins de santé sans discrimination pour des motifs tels que le sexe, l'état civil, l'âge et la classe socio-économique. Les politiques discriminatoires à l'égard des femmes sont notamment celles qui imposent aux femmes d'obtenir le consentement de leur époux pour certaines interventions sanitaires, qui appliquent un traitement différent aux filles en les obligeant, par exemple, à obtenir des autorisations parentales et qui frappent d'interdiction des actes médicaux dont seules les femmes ont besoin. Les gouvernements contreviennent à leurs obligations lorsqu'ils n'appliquent pas les lois qui protègent les intérêts des femmes ou n'attribuent pas des ressources sanitaires adaptées aux besoins particuliers des femmes leur permettant de bénéficier d'une grossesse et d'un accouchement sans risque.

Les mesures qui incombent aux gouvernements pour promouvoir la maternité sans risque considérée comme un droit de la personne humaine sont de trois ordres :

- **Modifier les lois** qui empêchent les femmes de bénéficier du meilleur état de santé et de la meilleure alimentation

possibles nécessaires à une grossesse et à un accouchement sans risque et qui entravent leur accès aux informations et aux services de santé génésique — par exemple, celles qui font obligation aux femmes d'obtenir d'abord l'autorisation de leur mari ou d'autres membres de leur famille pour se faire soigner.

- **Faire appliquer les lois** en faveur du droit des femmes à bénéficier d'un état de santé et nutritionnel satisfaisant et qui protègent la santé des femmes — par exemple, les lois qui interdisent le mariage des enfants, les mutilations sexuelles féminines, le viol et les abus sexuels. Tout doit être mis en œuvre pour que soient appliquées les lois visant à retarder l'âge de la première grossesse, telles celles en faveur de l'éducation des filles, qui instaurent un âge minimum pour le mariage et garantissent aux femmes l'accès à des soins de santé essentiels.
- **Inscrire les droits de la personne humaine** dans les législations et les politiques nationales pour favoriser la maternité sans risque.

3. L'étendue du problème

Qu'est-ce qu'un décès maternel ?

Un décès maternel est le décès d'une femme enceinte ou un décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, quel que soit le siège ou la durée de cette dernière, et dont la cause est liée ou aggravée par la grossesse ou la prise en charge de cette dernière (voir l'annexe). On subdivise les décès maternels en décès par causes obstétricales directes et indirectes. Les décès par cause obstétricale directe résultent de complications obstétricales de la grossesse, du travail ou du post-partum. Ils sont généralement dus à l'une des cinq causes majeures — hémorragie (généralement au cours du post-partum), infection, éclampsie, travail dystocique et complications de l'avortement à risque — ainsi qu'à certaines interventions, omissions, traitements incorrects ou à un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent de maladies préexistantes ou d'affections apparues pendant la grossesse (mais sans causes obstétricales directes), qui ont été aggravées par les effets physiologiques de la grossesse ; par exemple la paludisme, l'anémie, le VIH/SIDA et les pathologies cardiovasculaires (7).

Mesures de la mortalité maternelle

Les principales mesures de la mortalité maternelle sont au nombre de trois — le rapport de mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle et le risque de décès sur la durée de la vie.

- Le **rapport de mortalité maternelle** représente le risque associé à chaque grossesse, ou risque obstétrical. Il s'agit du nombre de décès maternels survenant pendant une année donnée pour 100 000 naissances vivantes pendant la même

période. Bien qu'on ait toujours parlé de taux à ce sujet, il s'agit en fait d'un rapport qui est maintenant désigné comme tel par les chercheurs.¹

- Le **taux de mortalité maternelle** qui mesure à la fois le risque obstétrical et la fréquence d'exposition à ce risque, correspond au nombre de décès maternels survenant pendant une période donnée pour 100 000 femmes en âge de procréer (généralement âgées de 15 à 49 ans).

Les termes « rapport » et « taux » étant souvent utilisés indifféremment, il est essentiel, pour plus de clarté, de préciser le dénominateur utilisé quand il est question de l'une de ces mesures de la mortalité maternelle.

- Le **risque de décès maternel sur la durée de la vie** tient compte à la fois de la probabilité d'une grossesse et de la probabilité de décéder à la suite de cette grossesse pendant toute la période féconde d'une femme.²

¹ Pour le rapport de mortalité maternelle, le dénominateur approprié serait le nombre total de grossesses (naissances vivantes, morts fœtales (mortinaissances), avortements provoqués et spontanés, grossesses extra-utérines et molaire). Malheureusement, ce chiffre est rarement disponible, aussi bien dans les pays en développement où ont lieu la plus grande partie des naissances, que dans les pays développés. C'est pourquoi on utilise généralement comme dénominateur le nombre des naissances vivantes.

² On peut faire une estimation du risque de décès sur la durée de la vie en multipliant le taux de mortalité maternelle par la durée de la période féconde (environ 35 ans). (Cf. Campbell OMA, Graham WJ, *Measuring maternal mortality and morbidity: levels and trends*, London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1990.) On peut aussi obtenir une approximation du risque de décès sur la durée de la vie en multipliant le taux de fécondité générale (fécondité cumulée) par le rapport de mortalité maternelle.

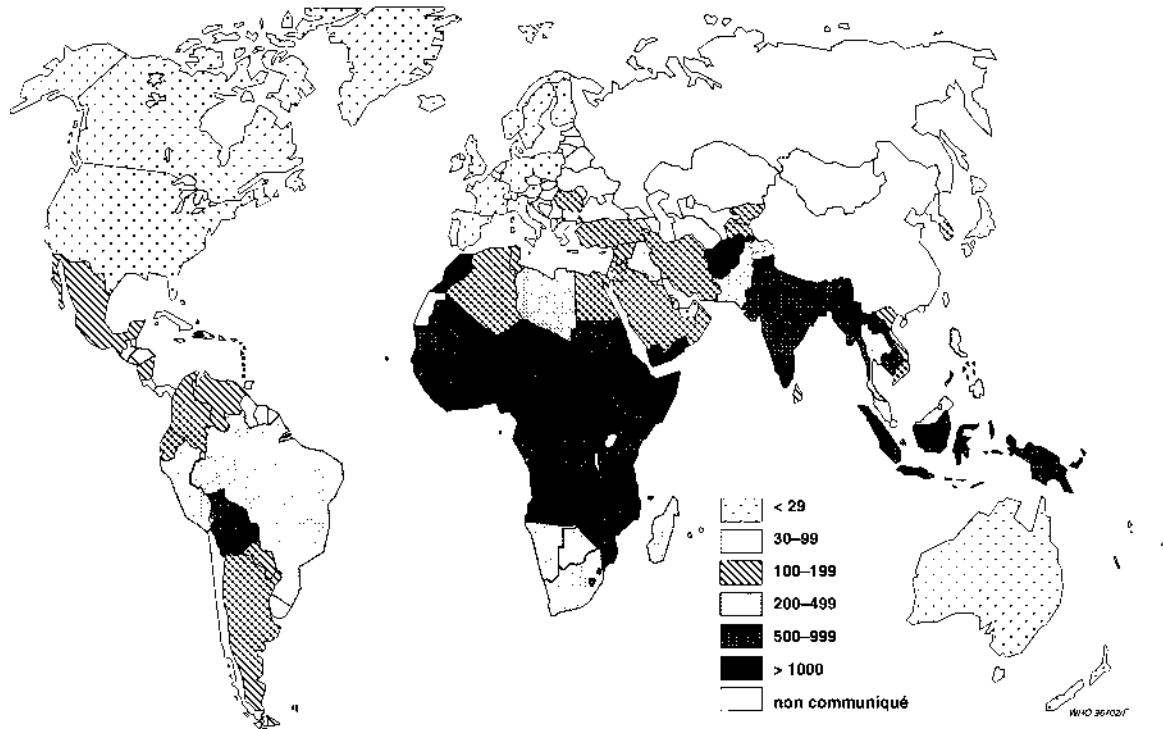
Où les décès maternels surviennent-ils ?

Les situations dans lesquelles le problème de la mortalité maternelle est le plus aigu sont précisément celles où ce problème a le moins de chance d'être mesuré avec exactitude.

Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré qu'environ 500 000 femmes mourraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse. En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600 000, ces derniers survenant à une écrasante majorité dans les pays en développement (voir Figure 1). Dans le monde développé, le rapport de mortalité maternelle se situe en moyenne autour de 27 décès pour 100 000 naissances vivantes ; dans les pays en développement il est près de 20 fois supérieur avec 480 décès pour 100 000 naissances vivantes, et peut atteindre 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes dans certaines régions.

Le rapport de mortalité maternelle est une mesure du risque obstétrical encouru par une femme chaque fois qu'elle est enceinte. Là où les femmes ont de nombreuses grossesses, le risque de décès maternel augmente. Dans certains pays en développement, une femme sur 12 peut mourir de causes liées à la grossesse contre une sur 4000 dans les pays industrialisés. L'écart entre ces deux chiffres est l'un des signes les plus marqués et les plus parlants de l'écart en matière de développement. Il est aussi le reflet des différences énormes de l'engagement des autorités nationales, non seulement entre pays développés et pays en développement, mais aussi entre pays en développement, où l'écart est beaucoup plus important que pour la mortalité infantile ou juvénile (8).

**Figure 1. Rapports de mortalité maternelle (estimations mondiales), 1990
(décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)**



Les délimitations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, et, de ses régions, ni quant au tracé de ses frontières.
Les lignes en pointillés représentent les frontières sur lesquelles un accord complet peut encore ne pas exister.

Pourquoi les femmes meurent-elles ?

Les causes médicales de la mortalité maternelle sont les mêmes partout dans le monde.

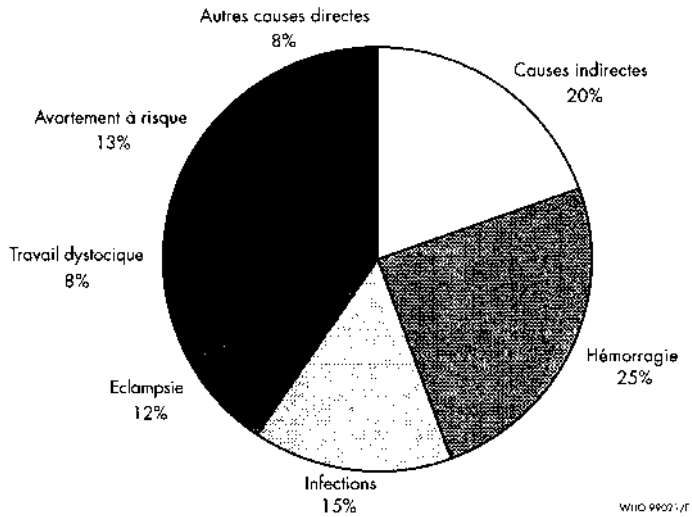
Dans le monde, environ 80% des décès maternels résultent directement de complications de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches (voir Figure 2). La cause la plus fréquente de décès — un quart de tous les décès maternels — est l'hémorragie grave, généralement au cours du post-partum.

- **L'hémorragie**, en particulier l'hémorragie du post-partum, est imprévisible, soudaine et plus dangereuse chez une femme anémiée. Dans le monde, elle est responsable de près de 25% de tous les décès maternels. Elle peut conduire très rapidement à la mort en l'absence de soins immédiats et adaptés, à savoir l'administration de médicaments pour arrêter l'hémorragie, le massage utérin pour stimuler les contractions utérines et, au besoin, la transfusion sanguine.
- **Les infections**, qui sont souvent la conséquence d'une mauvaise hygiène au cours de l'accouchement ou de maladies sexuellement transmissibles (MST) non traitées, sont à l'origine de quelque 15% des décès maternels. Elles peuvent être efficacement prévenues moyennant le respect scrupuleux des règles d'hygiène au cours de l'accouchement et le dépistage et le traitement des MST pendant la grossesse. Les soins dispensés systématiquement pendant le post-partum permettent de dépister rapidement ces infections et de les traiter par l'administration d'antibiotiques.
- **Les troubles hypertensifs de la grossesse**, en particulier l'**éclampsie** (convulsions), sont à l'origine de quelque 12% des décès maternels. Ces décès peuvent être prévenus par une surveillance rigoureuse au cours de la grossesse et un traitement des cas d'éclampsie à l'aide d'anticonvulsifs relativement simples (par ex. sulfate de magnésium).

- **Le travail prolongé ou dystocique** est à l'origine d'environ 8% des décès maternels. Il est souvent causé par une disproportion céphalo-pelvienne (la tête du fœtus ne peut franchir le bassin de la mère) ou par une présentation anormale (le fœtus se présente mal dans la filière pelvigénitale). La disproportion céphalo-pelvienne est plus répandue au sein des populations où la malnutrition est endémique, en particulier dans celles où l'alimentation des fillettes et des femmes obéit à divers tabous et traditions. Ce risque est encore plus grand quand les filles se marient très jeunes et sont censées prouver leur fécondité, souvent avant même d'avoir atteint leur plein développement.
- Les complications de **l'avortement à risque** sont responsables d'une proportion importante (13%) de décès maternels. Dans certaines parties du monde, un tiers ou plus des décès maternels sont associés à des avortements à risque. Ces décès peuvent être évités quand les femmes ont accès à des informations et à des services de planification familiale, à des soins en cas de complications d'un avortement et, dans le cas où l'avortement est légal, à des interventions pratiquées dans de bonnes conditions.

Environ 20% des décès maternels sont dus à des pathologies préexistantes aggravées par la grossesse ou sa prise en charge. Parmi ces causes indirectes de mortalité maternelle, une des plus importantes est l'anémie qui, tout en provoquant des morts par arrêt cardio-vasculaire, semble aussi être à l'origine d'un pourcentage non négligeable de morts par causes obstétricales directes (notamment celles dues à des hémorragies et à des infections). Le paludisme, l'hépatite, les cardiopathies et de plus en plus dans certains contextes, le VIH/SIDA, sont d'autres causes indirectes importantes de mortalité maternelle. Beaucoup de ces pathologies sont des contre-indications relatives ou absolues de la grossesse. Les femmes doivent être informées de ces problèmes et avoir la possibilité d'éviter d'autres grossesses pendant le traitement de ces affections.

**Figure 2. Causes des décès maternels :
estimations mondiales, qui varient
selon les endroits**



4. Facteurs qui sous-tendent les causes médicales de la mortalité maternelle

Le statut d'infériorité sociale et économique des filles et des femmes est un déterminant fondamental de la mortalité maternelle dans de nombreux pays. Il limite leur accès à l'instruction et à une alimentation équilibrée, ainsi qu'aux ressources économiques nécessaires pour payer les prestations de soins de santé ou de planification familiale.

Les facteurs qui sous-tendent les causes directes de décès maternels jouent à plusieurs niveaux. Le statut d'infériorité sociale de la femme dans les pays en développement limite son accès aux ressources économiques et à l'instruction et donc sa capacité à prendre des décisions au sujet de sa santé et de son alimentation. Certaines femmes se voient refuser l'accès aux soins nécessaires pour des motifs culturels de réclusion, ou parce que la décision d'y avoir recours revient à d'autres membres de la famille. Les obstacles à l'utilisation des soins obstétricaux essentiels constituent un facteur important qui explique en partie le taux élevé de mortalité maternelle. Privées du pouvoir de décision et sans autre recours, de nombreuses femmes sont condamnées à avoir des enfants tant qu'elles le peuvent. Un travail physique excessif conjugué à une mauvaise alimentation contribuent aussi aux issues défavorables de ces grossesses.

Seules 53% des femmes enceintes accouchent avec l'aide d'un professionnel qualifié dans les pays en développement.

Dans les pays en développement, lors de l'accouchement beaucoup de femmes ne sont aidées que par des accoucheuses traditionnelles ou des parentes ; beaucoup accouchent également toutes seules. Seules 53% d'entre elles accouchent avec l'aide d'un professionnel de la santé (sage-femme ou médecin) et 40% seulement accouchent dans un hôpital ou un centre de santé. On estime à près de 15% le nombre de femmes enceintes qui vont présenter des complications potentiellement mortelles nécessitant un traitement d'urgence, pourtant on ne sait pratiquement rien de la proportion d'entre elles qui ont accès à de tels soins. Il est probable que dans jusqu'à 40% des grossesses, des soins particuliers seront nécessaires sous une forme ou une autre. Le principal moyen de prévenir les décès maternels est de donner aux femmes la possibilité d'accoucher avec l'aide d'une personne qualifiée capable de prévenir, de déceler et de traiter les principales complications obstétricales et munie du matériel, des médicaments et autres fournitures indispensables pour une bonne prise en charge.

Une mauvaise alimentation est un facteur de mauvaise santé maternelle et sous-tend les issues défavorables de la grossesse.

Une mauvaise alimentation avant et pendant une grossesse contribue de diverses façons à la mauvaise santé de la mère, à des problèmes obstétricaux et à des issues défavorables de la grossesse :

- **Le retard de croissance** au cours de l'enfance à la suite d'une malnutrition sévère expose les femmes à un risque de dystocie due à une disproportion céphalo-pelvienne.
- **L'anémie** peut avoir plusieurs causes, parfois interreliées. Ce sont : un apport insuffisant en fer, en acide folique et en vitamine A et des pertes dues à des infestations parasitaires ou au paludisme. Près de cinquante pour cent des femmes enceintes sont anémiées dans le monde. Celles qui présentent une anémie grave sont plus vulnérables aux infections pendant la grossesse et l'accouchement et sont exposées à

un risque accru de décès par hémorragie obstétricale, de même qu'à des complications postopératoires en cas de césarienne.

- **L'avitaminose A grave** peut rendre les femmes plus vulnérables aux complications obstétricales et à la mortalité maternelle qui leur est associée. Des recherches plus approfondies sont nécessaires sur l'impact de l'avitaminose A sur l'issue de la grossesse et sur la possibilité d'introduire une supplémentation en vitamine A dans les programmes de santé maternelle.
- **La carence en iode** augmente le risque de mortinaissance et d'avortement spontané et, dans les régions où ces carences sont importantes, elle peut entraîner des décès maternels par hypothyroïdie sévère.
- **Une alimentation pauvre en calcium** semble accroître le risque de pré-éclampsie et d'éclampsie au cours de la grossesse. La supplémentation calcique semble n'avoir guère d'effet sur la prévention de la pré-éclampsie dans les régions où l'apport alimentaire est suffisant, mais peut constituer une option précieuse là où l'alimentation est pauvre en calcium.
- **Les carences en d'autres micronutriments** contribuent vraisemblablement à la mauvaise santé des mères et aux issues défavorables des grossesses dans certaines parties du monde, bien que l'on ne dispose pas encore de données sur les avantages à attendre d'une supplémentation pendant la grossesse.

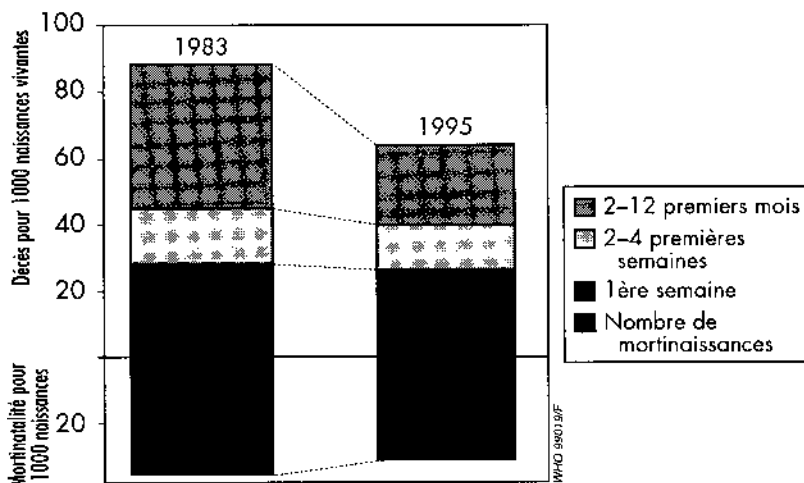
5. Conséquences des décès maternels

Le décès d'une mère a des répercussions sur l'ensemble de la famille et sur plusieurs générations. Les complications qui sont à l'origine de décès ou d'incapacités chez les mères ont aussi des conséquences sur les enfants qu'elles portent. Sur près de 8 millions de décès de nourrissons observés chaque année, les deux tiers environ surviennent pendant la période néonatale, avant l'âge d'un mois ; 3,4 millions d'entre eux surviennent pendant la première semaine et résultent pour une bonne part de soins inadaptés pendant la grossesse, l'accouchement, ou les premières heures critiques qui suivent la naissance. De plus, pour chaque décès de nouveau-né, on compte au moins un autre enfant mort-né (9).

Des interventions conçues pour améliorer la santé des mères et leur accès aux soins pendant le travail, la naissance et les heures qui suivent cette dernière permettraient d'obtenir une diminution importante de la mortalité infantile.

La baisse récente des taux de mortalité infantile est en grande partie imputable à la vaccination contre les maladies de l'enfance et à une meilleure prise en charge des maladies diarrhéiques ; en revanche, la mortalité néonatale précoce n'a pratiquement pas bougé (voir Figure 3).

Figure 3. Le nombre de mortinaissances et de décès au cours de la première semaine reste élevé dans les pays en développement



6. Que sait-on des moyens de réduire la mortalité maternelle ?

L'histoire montre que l'on peut sensiblement améliorer la situation lorsque des interventions clés sont en place. La mortalité maternelle a diminué en Suède dans le courant du XIX^e siècle lorsqu'a été adoptée une politique nationale favorisant la présence de sages-femmes qualifiées à tous les accouchements et fixant des normes pour la qualité des soins. Au début du XX^e siècle, le taux de mortalité maternelle en Suède était le plus faible d'Europe — environ 230 décès pour 100 000 naissances vivantes contre plus de 500 pour 100 000 au milieu des années 1880 (10). Au Danemark, au Japon, aux Pays-Bas et en Norvège, des stratégies semblables ont donné des résultats comparables. En Angleterre et au Pays de Galles, aucune diminution de la mortalité maternelle n'a été visible avant les années 30 ; au niveau national, l'engagement politique ne s'est fait que lentement et la professionnalisation des soins obstétricaux a été retardée d'autant. Toutefois, dans chaque cas, la clé de ces diminutions a été la professionnalisation des soins liés à la maternité.

Aux Etats-Unis d'Amérique, où la stratégie avait été axée sur l'accouchement pratiqué par des médecins en milieu hospitalier, la mortalité maternelle est restée élevée, car il s'est avéré difficile de mettre en place des cadres et des mécanismes réglementaires appropriés pour garantir la qualité des soins. En 1930, le rapport de mortalité maternelle aux Etats-Unis d'Amérique était encore de 700 pour 100 000 naissances vivantes, contre 430 en Angleterre et au Pays de Galles.

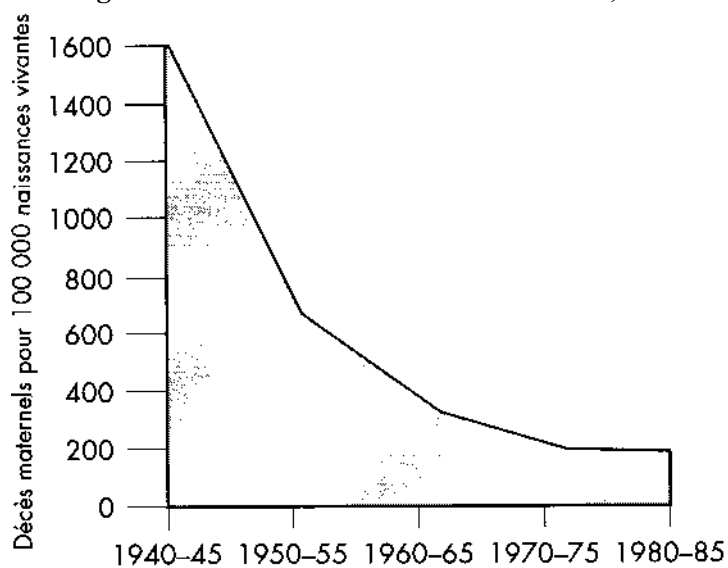
Plus récemment, Sri Lanka a obtenu une diminution importante de la mortalité maternelle en un laps de temps relativement bref (voir Figure 4). De plus de 1500 pour 100 000 naissances vivantes en 1940-1945, la mortalité maternelle est tombée à 555

pour 100 000 en 1950-1955, à 239 pour 100 000 dix ans plus tard, puis à 95 pour 100 000 en 1980. Aujourd'hui, elle est de 30 pour 100 000. Ces améliorations ont été le fruit de la création d'un système de centres de santé dans tout le pays, du développement des compétences obstétricales et de la généralisation de la planification familiale. Dans le courant des années 50, la plupart des femmes accouchaient à domicile avec l'aide d'accoucheuses non qualifiées. A la fin des années 80, plus de 85% des naissances avaient lieu en présence d'un personnel qualifié.

Des données semblables, attestant l'efficacité des interventions sanitaires, sont disponibles pour la Chine, Cuba et la Malaisie. Ces pays ont mis en place des services communautaires de santé maternelle, assurant les soins lors de la période prénatale, de l'accouchement et dans le post-partum, et des systèmes de transfert vers des services plus spécialisés en cas de complications obstétricales.

Ce que montrent clairement ces exemples, c'est que la richesse d'un pays n'est pas en soi le déterminant le plus important de la mortalité maternelle. Il y a de nombreux autres exemples de pays à PNB modeste qui ont réussi à obtenir une mortalité maternelle faible.

Figure 4. Mortalité maternelle à Sri Lanka, 1950-1985



WHO 98020F

7. Actions pour une maternité sans risque

Les pays se trouvent dans des situations très différentes selon les problèmes auxquels ils sont confrontés et les moyens dont ils disposent. Toutefois, les mesures prises depuis 10 ans partout dans le monde ont montré que plusieurs des ingrédients du succès de la lutte contre la mortalité maternelle sont les mêmes. La réduction de la mortalité maternelle exige des efforts coordonnés sur le long terme. Il faut intervenir au niveau de la famille et de la communauté, de la société en général, des systèmes de santé et au niveau de la législation et de la politique nationales. De plus, il est essentiel que toutes ces interventions soient interreliées pour obtenir une diminution de la mortalité maternelle, et créer et maintenir une dynamique du changement.

Actions législatives et politiques

Des changements législatifs et politiques sont indispensables pour parvenir à une maternité sans risque.

Un engagement politique à long terme est une condition préalable indispensable. Lorsque les décideurs aux niveaux les plus élevés sont résolus à s'attaquer au problème de la mortalité maternelle, ils mobilisent les ressources nécessaires et prennent les décisions politiques essentielles. Sans cet engagement politique à long terme, les projets ne peuvent se concrétiser par des programmes et les activités ne peuvent être poursuivies.

Un contexte social, économique et législatif favorable permet aux femmes de surmonter les divers obstacles qui freinent leur accès aux soins de santé, tels l'éloignement des centres de santé

par rapport à leur domicile, l'absence de moyens de transport et, surtout, les obstacles financiers et sociaux. Il est plus difficile pour les femmes de bénéficier de soins de santé maternelle quand elles doivent payer pour ces prestations, pour les médicaments essentiels et faire face aux coûts de substitution élevés correspondant au temps perdu pour les tâches ménagères, un emploi rémunéré, la production d'aliments et les soins aux enfants. La législation en faveur d'un accès des femmes aux soins de santé doit être formulée de façon qu'à la périphérie les agents de santé puissent assumer certaines fonctions salvatrices. Faute de quoi, seuls des professionnels hautement qualifiés, travaillant pour la plupart dans des centres urbains, peuvent assurer ces prestations et seules les femmes qui ont les ressources financières et les moyens de transport nécessaires pourront en bénéficier.

Avec de tels objectifs, il est nécessaire de soigneusement passer en revue les législations et les politiques nationales, notamment dans les domaines suivants :

- **Planification familiale.** Il faudrait abroger les textes qui restreignent l'accès des femmes aux services de planification familiale (par exemple, nécessité d'obtenir l'approbation du conjoint ou, pour la femme, d'être mariée). Il faut que tous les couples et tous les individus aient accès librement à des informations et à des services de planification familiale de qualité, axés sur les besoins des clients et confidentiels, offrant un large choix de méthodes contraceptives efficaces. Les politiques devraient viser à éliminer les facteurs juridiques, sociaux, économiques et culturels qui font que les femmes n'ont pas la maîtrise de leur sexualité et de leur reproduction.
- **Adolescents et enfants.** Des actions politiques et programmatiques devraient encourager à différer l'âge du mariage et de la procréation et à développer l'accès des filles et des femmes au monde professionnel et à celui de l'éducation. Le fait de promouvoir une bonne alimentation pendant l'enfance et l'adolescence et de prévoir une supplémentation pendant la grossesse, le cas échéant, protège à la fois la

femme et ses enfants à venir. Il faut aussi donner aux adolescents la possibilité d'assumer la responsabilité de leur propre santé sexuelle et génésique et d'accéder aux informations et aux services de santé. Tous les enfants, avant d'atteindre l'âge des premiers rapports sexuels, doivent être informés des risques que comportent les rapports non protégés ; il faut également les aider à acquérir les mécanismes de défense nécessaires pour se protéger contre les abus sexuels.

- **Restrictions de l'accès aux soins.** Nommer des agents de santé qualifiés en obstétrique dans les centres de santé de village est un moyen de résoudre les problèmes de distance et d'absence de moyens de transport. Ces agents de santé peuvent également être formés à s'occuper des femmes en leur témoignant de la sympathie. Des mesures politiques doivent ramener le coût des prestations au minimum ; cependant, les agents de santé doivent bénéficier quant à eux de la sécurité de l'emploi, de salaires raisonnables et doivent disposer des fournitures voulues pour faire leur travail. Il est également indispensable que des mesures politiques donnent aux femmes davantage de pouvoir de décision, en particulier pour ce qui concerne leur propre santé.
- **Réglementation de la pratique médicale.** Il faut élaborer des protocoles et des règlements visant à assurer les soins maternels habituels et le transfert dans des centres spécialisés en cas de complications obstétricales à chaque niveau du système de santé. Les responsabilités qui incombent à chaque niveau en matière de supervision, de déploiement des agents de santé, de rémunération et de notification doivent être définies au niveau national. L'élaboration et la promotion de programmes éducatifs et de formation sont également importantes, tout comme la définition de normes et de critères nationaux pour orienter la sélection des stagiaires, des formateurs et des superviseurs.
- **Délégation d'autorité.** Il faut décentraliser les services de façon qu'ils soient aussi proches que possible de la popula-

tion. Les centres de santé doivent disposer de suffisamment de fournitures, de matériel et de personnel qualifié, en particulier dans les régions rurales et reculées, et de règlements et de protocoles écrits leur permettant d'organiser les soins et de déléguer certaines fonctions à des personnels des échelons inférieurs (lorsqu'ils sont correctement formés).

- **Avortement.** Une législation appropriée doit permettre d'offrir des services assurant la prise en charge des complications de l'avortement et les soins post-avortement. Là où l'avortement est légal, des services d'interruption de grossesse doivent être proposés. Les pouvoirs publics peuvent décourager le recours à l'avortement à risque en favorisant la protection contre les grossesses non désirées et en organisant des campagnes nationales sur les risques de l'avortement et sur la nécessité de reconnaître et de faire traiter ses complications.

Interventions au sein de la société et de la communauté

L'appui des familles et des communautés est décisif pour la réduction de la mortalité maternelle.

L'engagement à long terme des responsables politiques, des planificateurs et des décideurs en faveur des programmes de maternité sans risque dépend du soutien de la population. La participation de tout l'éventail des groupes communautaires et des membres de la communauté est donc indispensable, notamment celle des chefs communautaires et religieux, des associations féminines, des groupes de jeunes, des autres associations locales et des professionnels de la santé. Des comités pour la maternité sans risque doivent être créés selon les besoins et là où ils sont susceptibles d'être le plus efficaces aux niveaux du pays, de la région et du district. Des comités pourraient être créés au niveau des centres de santé et des

communautés pour analyser les causes des décès maternels et élaborer des stratégies et aider à les mettre en œuvre pour obtenir des améliorations au niveau des transferts, du transport d'urgence, du déploiement et du soutien des agents de santé et des systèmes de participations aux coûts. Par ailleurs, les comités locaux ont un rôle déterminant à jouer dans la surveillance et l'évaluation des programmes — de façon à identifier leurs points faibles et à prendre les mesures voulues pour y remédier.

Les femmes ont besoin qu'on les aide pour accéder aux soins essentiels.

Il est particulièrement important de faire comprendre que les femmes ont besoin de soins d'urgence en cas de complications au cours de l'accouchement. Parce que beaucoup d'entre elles accouchent seules ou avec l'aide d'une parente, il faut apprendre aux membres de la communauté à reconnaître les signes de danger et à prévoir ce qu'il faut faire en cas d'urgence, notamment pour le transport jusqu'à l'hôpital ou au centre de santé ; une assurance locale doit pouvoir couvrir les frais occasionnés par les soins. Les communications nécessaires — radio, téléphone et transport d'urgence — peuvent être organisées avec l'appui financier des communautés. Des nécessaires obstétricaux bon marché et simples peuvent être distribués aux femmes enceintes pour les accouchements à domicile et dans les services de soins de santé primaires ; ainsi seront augmentées les chances de voir pratiquer les accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et de prévenir au moins certains des décès dus à des infections.

La simple formation d'accoucheuses traditionnelles, sans le soutien d'un système de transfert efficace et d'agents de santé qualifiés, ne suffit pas à réduire la mortalité maternelle.

Dans beaucoup d'endroits, il n'y a pas d'agents de santé qualifiés et les accoucheuses traditionnelles sont le seul recours qu'aient les femmes. Pendant des années, les gouvernements et les organisations internationales ont investi dans la formation de ces accoucheuses traditionnelles, mais rien ne permet de penser que cela suffise pour réduire la mortalité maternelle. Cela étant, les accoucheuses traditionnelles peuvent proposer une alimentation culturellement adaptée aux femmes enceintes au sein de la communauté et constituent le premier lien avec le système de santé officiel et assurent des services simples comme la distribution des suppléments nutritionnels. Dans des contextes très variés, il s'est révélé utile d'apprendre aux accoucheuses à reconnaître les problèmes qui surviennent au cours de l'accouchement et, au besoin, à orienter les femmes vers et dans le système officiel de santé. Lorsqu'on entreprend de former des accoucheuses traditionnelles, il faut le faire dans le cadre d'une stratégie plus vaste comportant la mise en place de mécanismes de transfert, de supervision et d'évaluation.

Un régime alimentaire apportant suffisamment de calories et de micronutriments est indispensable pour mener à terme une grossesse dans de bonnes conditions. La supplémentation et/ou l'enrichissement des aliments peuvent être une solution lorsque les carences en micronutriments sont endémiques.

Le terme de malnutrition englobe à la fois la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments spécifiques. Dans les endroits dans lesquels la malnutrition est endémique ou dans lesquels les pénuries alimentaires graves résultent de fluctuations saisonnières ou de crises agricoles, les compléments alimentaires peuvent permettre d'assurer aux

adolescentes une croissance normale pendant la grossesse et à toutes les femmes un apport calorique suffisant pour la grossesse et l'allaitement. Les carences en fer/acide folique, calcium, iode et vitamine A sont associées à une mauvaise santé maternelle et à des complications de la grossesse. Une supplémentation en micronutriments ciblée peut donc jouer un rôle important dans les services de santé offerts aux femmes enceintes, en particulier dans les communautés extrêmement défavorisées qui souffrent de malnutrition.

A long terme, il est essentiel d'améliorer l'alimentation des femmes pour réduire le problème de la malnutrition et de ses conséquences sur la grossesse et l'accouchement. Un tel changement ne peut être institué qu'au niveau de la communauté et au sein des foyers, où, souvent, les femmes mangent moins, moins souvent et moins bien que leurs enfants et que les autres membres de la famille. Des efforts d'éducation de la communauté sont indispensables si l'on veut renverser les croyances et les pratiques largement répandues qui empêchent les femmes enceintes de se nourrir correctement et si l'on veut faire prendre conscience du fait qu'une grossesse et un accouchement sans problèmes se préparent bien avant l'âge adulte, par une bonne alimentation dès l'enfance.

La santé générale des femmes influe sur la santé maternelle. Les grandes questions sont celles du VIH/SIDA et des autres maladies majeures, qui sont fonction des caractéristiques épidémiologiques locales.

La menace du VIH s'étend rapidement et le SIDA est une cause de plus en plus fréquente de mortalité maternelle dans beaucoup de pays. La pandémie de VIH/SIDA montre à quel point il est important que les femmes soient en mesure de résister à la coercition sexuelle, informées sur les dangers des rapports non protégés et aient accès à des services et à des conseils spécialisés si elles craignent d'être exposées. Environ 15 à 35% des enfants nés de femmes infectées par le VIH contractent eux-mêmes

l'infection avant ou pendant l'accouchement, ou au cours de l'allaitement.

La tuberculose pose également de plus en plus de problèmes dans de nombreux pays et est étroitement liée au VIH/SIDA. Le paludisme contribue de plusieurs façons à la mauvaise santé des mères et des nouveau-nés. Dans certains pays, l'hypertension, les cardiopathies et les maladies rénales sont relativement fréquentes et jouent toutes un rôle dans la survenue des décès maternels. Dans les pays où l'on pratique les mutilations sexuelles féminines, les cicatrices qui en résultent entraînent souvent des problèmes pendant le travail et l'accouchement. Le fait d'aborder ces questions, dont beaucoup constituent des contre-indications connues de la grossesse, est un élément essentiel de tous les efforts visant à réduire la mortalité maternelle.

La prévention des grossesses non désirées et la prévention et la prise en charge des avortements à risque constituent des interventions clefs pour une maternité sans risque.

Donner aux femmes et aux familles la possibilité de choisir d'avoir des enfants ou non, combien et à quel moment, est essentiel pour la maternité sans risque. Mettre à la disposition des femmes, notamment des adolescentes, des informations et des prestations de planification familiale permet de réduire le nombre de grossesses susceptibles de donner lieu à des complications. Les grossesses chez les très jeunes femmes et chez les femmes qui ont beaucoup d'enfants, et les grossesses non désirées sont toutes associées à un risque accru de mortalité. Les femmes dont la grossesse n'est pas désirée peuvent chercher à l'interrompre, même si l'interruption de grossesse est interdite par la loi ou ne peut être pratiquée. Les complications des avortements à risque sont responsables de 13% de tous les décès maternels, alors que ce sont justement ceux qui sont les plus faciles à prévenir. Quelle que soit la position d'un pays au sujet de l'avortement, toutes les femmes qui souffrent de complications liées à un avortement ont le droit de bénéficier

d'un traitement ou de soins postavortement de qualité, qui doivent comporter des conseils et des services de planification familiale, dispensés avec compassion et dans la plus stricte confidentialité.

Les programmes pour la maternité sans risque devraient encourager les familles et les communautés à différer l'âge du mariage et du premier enfant, à appuyer l'espacement des naissances et l'amélioration de la santé, de l'alimentation et de l'éducation de l'ensemble des femmes dès le plus jeune âge.

Actions sanitaires

En matière de réduction de la mortalité maternelle, le rôle du secteur de la santé est de veiller à ce que toutes les femmes aient accès à des services essentiels de qualité au cours de la grossesse et de l'accouchement. Moyennant un minimum de soins appropriés, la plupart des femmes mèneront leur grossesse à terme sans incident ; mais les femmes qui n'ont pas accès à ces soins présentent souvent des complications évitables, qui parfois mettent leur vie en danger et laissent souvent des séquelles durables. Il est de plus en plus admis que, si certaines complications de la grossesse peuvent être évitées, beaucoup d'entre elles, en particulier lorsqu'elles surviennent pendant l'accouchement, ne peuvent être ni prévenues, ni évitées. Il est donc clair que la présence d'un personnel qualifié est indispensable pendant l'accouchement pour détecter rapidement ces complications et les prendre en charge de façon appropriée, en temps voulu.

Il existe trois possibilités pour prévenir les décès maternels : éviter la grossesse, prévenir les complications de la grossesse et garantir la prise en charge appropriée de toute complication. Les prestations essentielles liées à la grossesse et à l'accouchement sont principalement axées sur ces trois domaines d'activité et le secteur de la santé devrait donc garantir que les services suivants sont disponibles et fonctionnent bien :

- **Informations et prestations de planification familiale**, offrant aux femmes, aux hommes et aux adolescents un choix de moyens répondant à leurs besoins.
- **Conseils sur la contraception pour les femmes ayant subi un avortement**, soins appropriés pour les femmes qui présentent des complications de l'avortement et, là où c'est légal, services médicaux d'interruption de grossesse.
- **Services de soins prénatals et du post-partum**, axés davantage sur le dépistage et le traitement des complications que sur les programmes d'évaluation des risques, qui laissent échapper de nombreuses femmes présentant des complications. La période qui précède la conception et la grossesse offre des occasions de déceler et de traiter les carences nutritionnelles ainsi que des maladies endémiques comme le paludisme, les helminthiases et les maladies sexuellement transmissibles. On peut également faire de la prophylaxie en vaccinant les femmes contre le tétanos, en leur donnant une complémentation martiale, et en offrant un dépistage gratuit et confidentiel du VIH. Avant la naissance, il est important de prévoir à quel endroit aura lieu l'accouchement et de faire le maximum pour s'assurer de la présence d'un agent de santé qualifié. Toutes les occasions doivent être mises à profit pour apprendre aux femmes et à leurs familles quand et où solliciter des soins. Il faudra également insister davantage sur les soins à prodiguer dans les jours qui suivent la naissance, période délicate mais souvent négligée : les soins du post-partum devraient inclure la prévention ou le dépistage précoce des complications maternelles ou néonatales, ainsi que des conseils en matière de contraception pour permettre à la mère de bien se rétablir avant la grossesse suivante.
- **Présence à la naissance d'un agent qualifié**, c'est-à-dire d'une personne formée aux soins obstétricaux. Cela suppose un travail de planification à long terme du développement des ressources humaines. On entend par compétences obstétricales la capacité de prendre en charge les complications et

les urgences, y compris le recours à des gestes salvateurs, le cas échéant.

- **Services obstétricaux de qualité pour la prise en charge des complications dans les centres d'orientation-recours.** Étant donné que des complications potentiellement mortelles surviennent dans 15% des accouchements, des services d'urgence comprenant des services de transfusion sanguine et la possibilité de pratiquer des césariennes doivent être disponibles.

Qu'est-ce qu'un accoucheur ou une accoucheuse qualifié(e) ?

Le terme « accoucheur(se) qualifié(e) » désigne exclusivement des gens ayant des compétences obstétricales (par exemple, des médecins, des sages-femmes ou des infirmières) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer ou transférer des complications obstétricales.

L'idéal serait que ces accoucheurs(ses) qualifiés(es) vivent dans la communauté qu'ils desservent et en fassent partie. Ils doivent être capables de prendre en charge un travail et un accouchement normaux, de reconnaître les premiers signes de complication, de pratiquer des interventions essentielles, d'instituer un traitement et de superviser le transfert de la mère et de l'enfant quand doivent être dispensés des soins qui excèdent leur compétence ou ne peuvent être prodigués sur place (11). Selon le contexte, d'autres prestataires de soins de santé tels que des infirmières/sages-femmes auxiliaires, des sages-femmes communautaires, des sages-femmes de village et les visiteuses de santé pourront également avoir acquis les compétences voulues *pour autant qu'elles aient été spécialement formées à cela*. Ces personnes forment souvent l'ossature des services de maternité à la périphérie et l'on pourrait améliorer l'issue des grossesses en faisant appel à leurs services, en particulier lorsque leur travail est supervisé par des sages-femmes qualifiées.

Dans les pays développés et dans beaucoup de régions urbaines du monde en développement, ce sont les centres de santé qui prodiguent généralement les soins nécessaires lors de l'accouchement. Toutefois, les naissances peuvent avoir lieu dans toute sorte de lieux appropriés, du domicile jusqu'au centre de soins tertiaires, selon les prestations disponibles et les besoins, et l'OMS ne préconise aucun endroit particulier dans ce domaine. Un accouchement peut avoir lieu à domicile à

condition que la personne qui s'en occupe soit correctement formée et équipée¹ et que la parturiente puisse être éventuellement transférée vers un établissement de soins.

¹ Dans beaucoup de pays, on a formé des accoucheuses traditionnelles pour rendre l'accouchement plus sûr, notamment en appliquant des mesures d'hygiène et en proscrivant les pratiques nocives. Cependant, les accoucheuses traditionnelles n'ont pas l'instruction, la formation ni les compétences voulues pour accomplir toutes les tâches nécessaires pour prendre en charge une grossesse et un accouchement normaux et reconnaître, traiter, ou transférer des complications. De plus, leur pratique peut être régie par des impératifs culturels et traditionnels susceptibles d'entraver l'efficacité de leur formation.

8. Que peuvent faire les planificateurs et les gestionnaires de l'action de santé pour veiller à la mise en place de ces services ?

Les planificateurs et les administrateurs de la santé jouent un rôle important dans la mise en œuvre des services. Il leur faut :

- **Informé, éduquer et mobiliser** les membres de la communauté pour qu'ils apprennent à reconnaître les signes de danger et **travailler avec eux** pour améliorer l'accès aux soins — qu'il s'agisse par exemple des systèmes de transport, de l'amélioration des communications, de foyers pour les futures mères ou de systèmes d'assurance locaux. Participer aux comités locaux pour la maternité sans risque.
- **Renforcer le système de transfert** par des contrôles et des communications régulières et un appui logistique/gestionnaire garantissant entre autres la disponibilité des médicaments et fournitures essentiels.
- **Améliorer les ressources humaines** en organisant des stages pratiques de formation aux soins obstétricaux au niveau de la communauté et, pour le personnel déjà qualifié, des activités de formation/recyclage.
- **Renforcer les compétences en obstétrique** des personnels concernés — sages-femmes, infirmières et médecins — et **développer les compétences** de tous les agents de santé **en matière de conseil**.
- **Mettre au point et utiliser des protocoles de prise en charge des cas** pour les urgences obstétricales à chaque échelon et

contrôler l'application des normes de la pratique obstétricale dans les maternités.

- **Utiliser des informations sanitaires pour améliorer la qualité des soins** ; améliorer la notification et la tenue des dossiers et **analyser** les décès maternels et périnataux et les décès évités de justesse au cas par cas pour mieux comprendre les mécanismes de la survie et de la mort ; apporter des améliorations locales en identifiant les prestations de qualité insuffisantes et les facteurs évitables.
- **Demander une révision de la législation** pour garantir une réponse sanitaire appropriée aux besoins obstétricaux, notamment en déléguant les responsabilités ou les gestes salvateurs essentiels.

9. Comment savoir si nous progressons ?

L'expérience accrue que l'on a de la mise en œuvre des programmes pour une maternité sans risque a montré de plus en plus clairement que l'indicateur traditionnel de la santé maternelle — le rapport de mortalité maternelle — ne convient pas pour suivre les progrès accomplis à court terme, et ce pour plusieurs raisons :

- Rares sont les pays en développement qui possèdent les systèmes sophistiqués et complets d'enregistrement de l'état civil qui permettent de suivre avec exactitude les chiffres de la mortalité maternelle. Dans ces conditions, il faut avoir recours à des enquêtes dans les ménages pour avoir une estimation de la mortalité maternelle.
- Les décès maternels sont des événements relativement rares, même là où la mortalité maternelle est élevée, et les techniques d'enquête dans les ménages comportent donc des marges d'erreur importantes. En outre, ces enquêtes sont extrêmement coûteuses à exécuter.
- Les instruments de mesure simples mis au point ces dernières années, par exemple la méthode des sœurs, ne se prêtent pas à une surveillance régulière des tendances de la mortalité car elles fournissent des données se rapportant à un point donné dans le passé (12).

Pour toutes ces raisons et pour d'autres raisons techniques, on utilise maintenant dans la plupart des cas des indicateurs de bon déroulement pour suivre les progrès des programmes pour une maternité sans risque. Ces indicateurs de bon déroulement sont entre autres constitués par le nombre et la répartition des services de soins obstétricaux essentiels, la proportion d'accouchements pratiqués avec l'aide d'agents de santé qualifiés ou

dans des établissements de santé, le taux d'extractions instrumentales et de césariennes et les taux de létalité enregistrés dans les établissements de santé. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF ont élaboré des lignes directrices pour aider les pays à rassembler, analyser et interpréter ces indicateurs (13). Ces indicateurs de bon déroulement montrent quels sont les meilleurs moyens de réduire la mortalité maternelle par l'accès aux soins obstétricaux essentiels, leur utilisation appropriée et certains aspects de la qualité des soins. L'avantage de ces indicateurs est qu'ils permettent non seulement de suivre les progrès des programmes, mais aussi d'aider les décideurs et les planificateurs à mieux cibler les interventions nécessaires pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Comme ces données sont souvent tirées de statistiques recueillies systématiquement ou obtenues dans le cadre de l'exécution des programmes, le coût de la collecte des données reste limité.

Si des indicateurs de bon déroulement comme ceux-ci sont utiles pour la surveillance des programmes, des études plus détaillées s'imposent pour diagnostiquer les causes de la mortalité maternelle et définir des moyens d'y remédier. Les planificateurs de l'action de santé peuvent également tirer des informations précieuses d'analyses effectuées à petite échelle sur les décès maternels, qu'ils aient eu lieu dans un établissement de santé, à domicile ou entre les deux. Dans la pratique, il se peut que seuls les décès qui surviennent dans les établissements de santé puissent être recensés. Une analyse approfondie de ces décès pourra néanmoins fournir de précieux enseignements (14), en partant des décès recensés dans les hôpitaux ou les centres de santé et en remontant le parcours suivi par chacune des femmes jusque dans la communauté. Le but est d'aider les agents de santé et les membres de la communauté à mieux comprendre les facteurs qui sont à l'origine des décès maternels et à déterminer ceux qui auraient pu être évités. Des indicateurs de bon déroulement concernant des aspects de la diminution de la mortalité maternelle autres que l'accès aux services de soins obstétricaux sont actuellement à l'étude.

10. Conclusions

L'expérience passée et présente montre que la réduction de la mortalité maternelle suppose la mise en œuvre d'une stratégie nationale visant à mettre en place trois changements essentiels :

- **Un engagement de la société en faveur de la maternité sans risque.** A tous les niveaux — politique, économique, social, religieux et familial —, les décideurs doivent défendre l'idée que la grossesse et l'accouchement peuvent et doivent être rendus plus sûrs. Un engagement s'impose sur le long terme pour que les changements introduits soient durables et que les apports nécessaires soient maintenus pendant plusieurs années, faute de quoi la mortalité maternelle ne pourra être sensiblement réduite. Pour garantir cet engagement à long terme et obtenir les ressources nécessaires, il faut associer les communautés et les décideurs à l'analyse régulière des décès maternels et des décès « évités de justesse » et favoriser la délégation des responsabilités à l'échelon local.
- **Des améliorations au niveau de l'accès aux prestations de santé et de la qualité de ces dernières.** Le but doit être de faire en sorte que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier de la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement et des soins requis en cas de complications obstétricales. Les autres objectifs sont d'améliorer l'accès à des moyens efficaces de contraception et de s'attaquer au problème des avortements à risque. La mise en place des personnels qualifiés requis demandera inévitablement du temps ; elle suppose en effet la création d'un cadre de professionnels qualifiés dont les fonctions, les compétences et les responsabilités seront progressivement étendues parallèlement aux infrastructures et aux moyens logistiques et au soutien gestionnaire dont ils auront besoin pour travailler efficacement. La qualité des soins suppose entre autres qu'ils soient axés sur les besoins des patients et des communautés, que la qualité technique soit garantie par

l'adoption de normes et de critères fiables et que l'on évite d'avoir recours à des technologies inappropriées et à une « surmédicalisation ».

- **La volonté de satisfaire les besoins particuliers des filles et des femmes tout au long de leur vie.** Une attention toute particulière doit être apportée aux besoins nutritionnels et éducatifs des filles et des femmes, en leur donnant la possibilité de choisir combien d'enfants elles souhaitent avoir et à quel moment, d'utiliser les services de santé en favorisant à tous les niveaux un sentiment de solidarité avec les femmes, en particulier pendant les périodes vulnérables que sont pour elles la grossesse et l'accouchement.

Références bibliographiques

1. Nations Unies. *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 217/A (III), du 10 décembre 1948 (document A/818).
2. Nations Unies. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. UNTS N 20378, Volumes I, II, IV, IX, 1981.
3. Nations Unies. *Convention relative aux droits de l'enfant*. 12 décembre 1989 (document UN A/RES/44/25).
4. Conseil de l'Europe. *Convention européenne des droits de l'homme*. 4 novembre 1950.
5. *Convention américaine relatives aux droits de l'homme*. 22 novembre 1969.
6. *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*. 27 juin 1981 (OAUDOCAB/LEG/67/3 Rev.5, 21 I.L.M. 58 (1982)).
7. *Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes. Dixième Révision*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
Volume 1 : 1993.
Volume 2 : 1995.
8. *Safe motherhood fact sheets: Colombo Technical Consultation, October 1997*. New York, Family Care International, 1998.
9. *Perinatal mortality: a listing of available information*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996 (document non publié WHO/FRH/MSM/96.7, disponible sur demande auprès de Santé reproductive, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
10. Högberg U, Wall S, Brostrom G. The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19th century Sweden. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 1986, 24(4): 251–261.
11. *Coverage of maternity care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/FRH/MSM/96.28,

disponible sur demande auprès de Santé reproductive, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

12. *La méthode des sœurs appliquée à l'estimation de la mortalité maternelle: conseils aux utilisateurs potentiels*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/RHT/97.28, UNICEF/EPP/97.1) (sous presse).
13. *Reproductive health indicators for global monitoring: report of an interagency technical meeting*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/RHT/97.27, disponible sur demande auprès de la Santé reproductive, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
14. *Safe motherhood needs assessment. Part VI: Maternal death review guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/FHE/MSM/95.1, disponible sur demande auprès de la Santé reproductive, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève, 27 Suisse).

Annexe

Définitions

La Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies (CIM-10) définit *la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite* (7).

Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes :

- **Les décès par cause obstétricale directe** — sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.
- **Les décès par cause obstétricale indirecte** — sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une infection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

La CIM-10 prévoit aussi la mort maternelle tardive, qui se définit comme *le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse*.

Enfin, pour faciliter le recensement des décès maternels dans les cas où l'attribution de la cause du décès est incorrecte, la CIM-10 introduit une nouvelle catégorie, celle de la mort maternelle liée à la grossesse, qui se définit comme *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort*.