



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent septième session
Point 9.3 de l'ordre du jour provisoire

EB107/26
5 décembre 2000

Pour une grossesse à moindre risque

Rapport du Secrétariat

GENERALITES

1. On dénombre chaque année près de 210 millions de femmes enceintes. Sur environ 130 millions de naissances, quelque 10 à 15 % exigent une intervention rapide et qualifiée pour que la mère survive sans incapacité permanente. Dans environ 5 % des cas, des complications potentiellement mortelles apparaissent. Selon les dernières données disponibles, on estime que plus d'un demi-million de femmes sont mortes en 1995 de complications apparues pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.
2. En outre, on estime que plus de la moitié des 7,1 millions de décès infantiles qui surviennent chaque année se produisent pendant la période néonatale, en grande partie du fait de la mauvaise santé de la mère, d'une mauvaise hygiène ou de soins inadéquats, d'une prise en charge inefficace de l'accouchement et de l'absence de soins essentiels au nouveau-né.
3. La plupart de ces souffrances et beaucoup de décès pourraient être évités au moyen de mesures efficaces, applicables et abordables, même dans des pays en développement aux ressources limitées.
4. L'initiative pour la maternité sans risque, lancée en 1987 par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale et d'autres organisations s'occupant directement de santé maternelle, a placé la mortalité maternelle au premier rang des préoccupations de santé publique internationale. Elle a conduit à une amélioration sensible des connaissances et a permis de mieux faire connaître l'iniquité cachée de la mauvaise santé maternelle. L'initiative a soutenu des pratiques fondées sur des bases factuelles et contribué à l'élaboration de la déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale sur la réduction de la mortalité maternelle en 1999, qui résumait le consensus sur les mesures nécessaires, à savoir : la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées et de l'avortement non médicalisé, la prestation de soins qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement, et l'accès à des soins spécialisés en cas de complications.
5. Néanmoins, la baisse de la mortalité maternelle au niveau mondial est restée limitée. Les progrès en ce qui concerne la réduction du nombre de grossesses non désirées et l'accès rapide des femmes aux soins, qui permettraient de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, impliquent des changements politiques, des interventions au niveau du système de soins de santé et une action au niveau communautaire.

6. En outre, le but d'un taux de mortalité infantile inférieur à 35 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015 a été adopté.¹ La mortalité néonatale devra être abaissée si l'on veut atteindre ce but.
7. Au rythme actuel des progrès, les buts susmentionnés ne seront pas atteints. Partout dans le monde, des femmes et des enfants – en particulier dans les communautés pauvres – sont privés d'accès aux soins de santé essentiels susceptibles de réduire substantiellement les dangers qu'ils courent.
8. Les résultats de la recherche et des expériences pratiques ont montré que des interventions sanitaires précises pouvaient, si elles étaient largement disponibles, réduire l'incidence et la gravité des principales complications associées à la grossesse et à l'accouchement. En élargissant l'accès à des services de régulation de la fécondité et en améliorant la qualité, on réduirait le nombre de grossesses non désirées, d'avortements non médicalisés et de décès maternels associés à ces causes. Des milliers de vies pourraient être sauvées si les femmes pouvaient accoucher en présence d'un personnel qualifié et avoir accès à des soins obstétricaux d'urgence en cas de complications. Si les accoucheuses traditionnelles peuvent dispenser une éducation sanitaire appropriée et apporter un soutien affectif aux femmes pendant la grossesse et l'accouchement, elles ne sont pas en mesure de dispenser les soins obstétricaux essentiels nécessaires pour prendre en charge les complications.
9. A sa session extraordinaire de New York de la mi-1999 sur la mise en oeuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé que la proportion des accouchements se déroulant avec l'assistance de personnel qualifié devrait atteindre 80 % au niveau mondial d'ici 2005 (et confirmé le but fixé antérieurement d'une réduction de 75 % par rapport au niveau de 1990 de la mortalité liée à la grossesse d'ici 2015). Là où le taux de mortalité maternelle est très élevé, au moins 40 % des accouchements devraient se dérouler avec l'assistance de personnel qualifié d'ici 2005, ce chiffre devant atteindre au moins 50 % d'ici 2010 et au moins 60 % d'ici 2015.²

POUR UNE GROSSESSE A MOINDRE RISQUE : STRATEGIE DE L'OMS POUR REDUIRE LA MORTALITE ET LA MORBIDITE MATERNELLES ET PERINATALES

10. L'OMS a adopté la stratégie pour une grossesse à moindre risque afin de renforcer son engagement en faveur de l'initiative internationale pour la maternité sans risque. La stratégie définit des mesures pratiques qui peuvent être prises par les gouvernements, la société civile et les femmes des pays pauvres pour atteindre les buts mondiaux de réduction de la mortalité maternelle et infantile.
11. S'appuyant sur les efforts entrepris dans les pays pour obtenir la baisse visée des taux de mortalité maternelle et infantile, la stratégie pour une grossesse à moindre risque fournit des indications normatives et un appui technique aux pays cibles afin d'accroître leur capacité :

¹ Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) (document ST/ESA/SER.A/149).

² Assemblée générale des Nations Unies. Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale. Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (document A/S-21/5/Add.1).

- d'établir (ou d'actualiser) une politique et des normes nationales en matière de planification familiale, d'avortement provoqué (lorsque celui-ci n'est pas interdit par la loi) et de soins à la mère et au nouveau-né (y compris les soins après un avortement), et de mettre en place un arsenal de mesures réglementaires pour étayer ces politiques et ces normes ;
- de mettre au point des systèmes garantissant l'application correcte de ces normes ;
- d'améliorer l'accès à des services rentables de soins maternels et néonataux et de régulation de la fécondité en favorisant des investissements accrus dans le secteur public et des arrangements (contractuels notamment) qui accroissent la contribution du secteur privé de la santé aux objectifs sanitaires nationaux ;
- d'encourager et de favoriser les pratiques susceptibles de promouvoir la santé maternelle et néonatale et la régulation de la fécondité au niveau des ménages, des familles et des communautés ;
- d'améliorer les systèmes de surveillance des services de santé maternelle et néonatale, y compris les services de régulation de la fécondité ; et
- de maintenir le rang élevé qu'occupe la maternité sans risque dans les programmes d'action nationaux en faveur de la santé et du développement.

12. L'OMS commencera à travailler dans dix pays de chacune des Régions¹ au cours de la phase initiale de deux ans et étudiera attentivement les enseignements de son action pour pouvoir mettre en place des expériences dans d'autres pays. Les pays ont été choisis par les Régions selon des critères préétablis, tels que des taux de mortalité maternelle élevés, le nombre de décès, le nombre d'habitants, le soutien politique et la volonté politique en faveur d'une réforme du secteur de la santé.

13. A travers la stratégie pour une grossesse à moindre risque, l'OMS collaborera avec les pays en faveur des buts de la maternité sans risque : en favorisant les partenariats ; en entreprenant une action de sensibilisation ; en fournissant un soutien technique et politique et en développant les capacités nationales ; en établissant des normes et en mettant au point des outils, des techniques et des interventions ; en encourageant et coordonnant la recherche, et en diffusant les résultats ; et en assurant la surveillance et l'évaluation.

PROGRES DE LA MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES POUR UNE GROSSESSE A MOINDRE RISQUE

14. Un document sur la stratégie pour une grossesse à moindre risque a été présenté en juin 2000 aux bureaux régionaux de l'OMS, aux donateurs et à la réunion des parties intéressées.

15. Les discussions se poursuivent avec tous les bureaux régionaux et les dix pays inclus dans la première phase de la stratégie quant aux activités à entreprendre pour rendre la grossesse plus sûre au niveau des pays. Les réunions sont l'occasion de passer en revue les activités mises en oeuvre dans les

¹ Bolivie, Ethiopie, Indonésie, Mauritanie, Moldova, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique populaire lao et Soudan.

pays, de répertorier les besoins et les priorités nationaux et d'élaborer des plans de travail initiaux. Les ministères de la santé demandent à l'OMS un soutien technique pour élaborer des stratégies nationales et des plans de travail, et pour renforcer leurs systèmes de santé et coordonner les apports de multiples partenaires. Certains ministères ont déjà créé des groupes spéciaux chargés, avec l'aide de l'OMS, de faciliter les efforts nationaux.

16. La stratégie a été étudiée depuis le départ avec l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale et d'autres organisations des Nations Unies, et des contacts réguliers se poursuivront aux niveaux national et mondial. Au niveau international, des contacts ont été établis et maintenus avec divers intervenants essentiels dans le domaine de la maternité sans risque, notamment des organisations non gouvernementales et des représentants du secteur privé. Au niveau des pays, les ministères de la santé et leurs groupes spéciaux pour une grossesse à moindre risque coordonneront les partenariats essentiels à la réussite de la stratégie.

17. Les fonds reçus ou annoncés se montent actuellement à près de la moitié des US \$10 millions nécessaires pour financer l'initiative au cours de la présente période biennale. Le solde sera recherché auprès de partenaires nationaux et internationaux. L'essentiel du budget de la stratégie pour une grossesse à moindre risque est consacré au renforcement des capacités au niveau des pays.

18. Un groupe d'experts extérieurs sera invité à donner un avis indépendant sur les aspects techniques et opérationnels de la mise en oeuvre de la stratégie. Il sera composé de planificateurs et d'administrateurs de programme, de praticiens, de chercheurs et d'universitaires, de bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux à l'initiative pour une maternité sans risque, de représentants d'associations de défense de la santé des femmes, d'institutions des Nations Unies et d'organisations gouvernementales et non gouvernementales.

ANNEXE¹**TABLEAU 1. DECES MATERNELS – PRINCIPALES CAUSES ET INTERVENTIONS**

Causes de décès maternels	Pourcentage	Interventions d'efficacité avérée
Hémorragie du post-partum	25	Traiter l'anémie pendant la grossesse. Présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement : prévenir et traiter les hémorragies par l'administration de médicaments appropriés, remplissage vasculaire par perfusion, ou transfusion si l'hémorragie est sévère.
Infection après l'accouchement	15	Présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement : respect de l'hygiène. Traitement antibiotique en cas d'infection.
Avortement non médicalisé	13	Présence d'un personnel qualifié : administrer des antibiotiques, s'assurer de la vacuité de l'utérus, remplissage vasculaire si nécessaire, conseils et planification familiale.
Hypertension pendant la grossesse : très dangereuse si elle est sévère (éclampsie)	12	Dépistage pendant la grossesse ; orientation vers un médecin ou un hôpital. Traiter l'éclampsie au moyen d'anticonvulsivants appropriés (MgSO ₄) ; transférer les femmes inconscientes pour accouchement d'urgence en milieu spécialisé.
Dystocie	8	Dépistage en temps voulu, orientation des patientes pour accouchement chirurgical.
Autres causes obstétricales directes	8	Orientation des patientes présentant une grossesse ectopique pour opération.

TABLEAU 2. DECES NEONATALS – PRINCIPALES CAUSES ET INTERVENTIONS

Causes de décès néonataux	Pourcentage	Interventions d'efficacité avérée
Infections (septicémie, méningite, pneumonie), tétanos néonatal, syphilis congénitale	33	Vaccination de la mère par l'anatoxine tétanique, dépistage et traitement de la syphilis, accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, chaleur, soutien pour favoriser l'allaitement précoce et exclusif, dépistage et traitement rapides des infections.
Asphyxie et traumatisme à la naissance	28	Présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Prise en charge efficace des complications obstétricales.
Accouchement prématuré et/ou insuffisance pondérale à la naissance	24	Administration d'antipaludéens aux femmes exposées au paludisme pendant la grossesse. Privilégier la chaleur, le conseil en matière d'allaitement et de soutien, la lutte contre les infections et le dépistage et le traitement rapide des complications. Traitement des maladies sexuellement transmissibles. Abandon du tabac.

¹ Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document WHO/FHE/MSM/94.11 Rev.1).

**TABLEAU 3. MORTINAISSANCES – PRINCIPALES CAUSES
ET INTERVENTIONS**

Causes de mortinaissances	Pourcentage	Interventions d'efficacité avérée
Asphyxie et traumatisme à la naissance	40	Présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Prise en charge efficace des complications obstétricales.
Autres causes connues (complications de la grossesse, maladie de la mère, paludisme, malformations)	25	Soins pendant la grossesse. Traitement présomptif des maladies endémiques. Prise en charge efficace des complications de la grossesse.
Syphilis congénitale	8	Dépistage de la syphilis chez la mère et traitement des cas positifs.
Causes inconnues	27	-

= = =