

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et obstétrique**

—
**tome XXIX
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

La mortalité maternelle dans le monde

L. DE BERNIS*
(OMS)

Le vrai secours aux misérables, c'est l'abolition de la misère.

VICTOR HUGO

1. INTRODUCTION

Chaque minute dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une grossesse et pour 190 d'entre elles cette grossesse est non désirée ou non planifiée ; 110 femmes vivent une grossesse compliquée ; 40 femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité, et une femme décède d'une complication liée à sa grossesse ou à son accouchement. Telle est la situation mondiale qui explique qu'en 2005, comme pratiquement depuis une vingtaine d'années, plus d'un demi-million de femmes et plus d'un million de nouveau-nés seront décédés de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Plus de dix ans après la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Le Caire 1994), qui a mis en avant la nécessité de donner accès aux soins de santé de la reproduction, les progrès ont été très fragmentaires. La conférence de

* Département *Pour une Grossesse plus sûre/Making Pregnancy Safer* (MPS) – Organisation mondiale de la Santé – Genève – Courriel : debernisl@who.int

Le présent article n'engage l'OMS en aucune manière.

Londres en 2004 (CIPD + 10) a permis d'évaluer la situation : malgré certains succès enregistrés en santé sexuelle et reproductive dans le monde et une diminution de la mortalité maternelle et néo-natale très nette dans certains pays, la situation globale ne s'améliore pas et même, probablement, s'aggrave dans un certain nombre de pays africains en ce qui concerne la santé des mères et des nouveau-nés.

La mortalité maternelle est reconnue comme l'un des meilleurs indicateurs du niveau de développement des systèmes de santé et des inégalités sociales en matière d'accès aux soins. Cet indicateur est intégré dans l'Index de développement humain publié chaque année par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), dont le rapport 2005 montre l'écart grandissant entre riches et pauvres et l'accroissement de la pauvreté pour les plus pauvres (2,5 milliards de personnes vivent avec moins de 2 \$ par jour, soit 40 % de la population mondiale qui possède 5 % du revenu mondial) (1).

Pauvreté, VIH/SIDA, conflits et situations d'urgence, exclusion liée aux inégalités socio-économiques sont les principales contraintes pesant sur les systèmes de santé (2).

Au niveau international, pour la première fois, lutte contre la pauvreté, développement et santé ont été clairement liés lors de la définition des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) proposés par les Nations Unies et avalisés par plus de 180 chefs d'état en 2000.

L'ODM 5 concerne la santé maternelle : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle (RMM), avec comme indicateurs le RMM lui-même et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Le progrès, ou l'absence de progrès, en santé maternelle va avoir un impact sur l'ODM 4 qui concerne la santé infantile, puisque 40 % de la mortalité infantile dans le monde sont aujourd'hui représentés par la mortalité néo-natale. La santé maternelle occupe une position centrale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire. Le renforcement des systèmes de santé pour les mères et leurs nouveau-nés est nécessaire dans la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, la prise en charge thérapeutique de femmes vivant avec le VIH, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la lutte contre les méfaits du paludisme pendant la grossesse (ODM 6). Enfin la lutte contre la mortalité maternelle participe de l'effort pour l'égalité des sexes et le renforcement des droits des femmes (ODM 3), et plus largement de la lutte contre la pauvreté (ODM 1).

La diminution de la mortalité maternelle et néo-natale passe par l'existence d'un système de santé de base fonctionnel permettant à toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés l'accès en temps

voulu à des soins qualifiés, en particulier lorsqu'une complication survient. La fourniture de ces soins qualifiés nécessite deux éléments : des personnels qualifiés travaillant dans un environnement professionnel adapté. Ces deux éléments dépendent eux-mêmes, pour avoir l'impact voulu, de la volonté politique des gouvernements et du soutien que ces gouvernements peuvent recevoir de la communauté internationale ainsi que de la capacité de mobilisation des communautés pour défendre leur droit à la santé de la reproduction et particulièrement à la santé maternelle et néo-natale.

Actuellement le ratio de mortalité maternelle est le meilleur reflet des inégalités devant la santé, entre pays riches et pauvres mais aussi au sein des pays.

Les défis sont donc immenses. Les interventions efficaces et coûts efficaces devant être disponibles sont connus et peuvent être mis en place, y compris dans les pays les plus pauvres.

La couverture universelle pour les soins maternels et néo-natals essentiels est l'objectif que doivent viser chaque état et la communauté internationale. Les professionnels, en premier lieu les obstétriciens et les sages-femmes, ont un rôle capital à jouer dans ce combat.

2. LA MESURE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE : POURQUOI DES ESTIMATIONS ?

La dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM10) définit un décès maternel comme *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite* (3). Les causes accidentelles, tout comme les *décès maternels tardifs* (après les six semaines mais dans l'année suivant l'issue de la grossesse), qui sont plus nombreux du fait des progrès thérapeutiques, doivent cependant être étudiés, sans être inclus dans le ratio de mortalité maternelle (4). Toujours selon la CIM10, les causes doivent être classifiées comme *cause obstétricale directe* (résultant de complications obstétricales durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum, d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus), *ou cause obstétricale indirecte* (résultant d'une maladie préexistante ou d'une affection 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).

Des problèmes subsistent dans la mesure de la mortalité maternelle, qui ont été analysés depuis de nombreuses années (5). Faire la différence entre cause fortuite et indirecte est parfois impossible. Pour cette raison, la CIM10 a introduit une nouvelle catégorie qui est le *décès associé à la grossesse* : décès d'une femme durant sa grossesse ou durant les 42 jours qui suivent l'issue de la grossesse, quelle que soit la cause du décès. Ceci aboutit à deux classifications : une classification médicale, basée sur les causes de décès, et une classification basée uniquement sur le moment de survenue du décès.

Par ailleurs la mesure de la mortalité maternelle reste difficile pour des raisons pratiques, du fait des informations qui sont nécessaires. Lorsque les décès de femmes en âge de procréer ne sont pas répertoriés, lorsque le statut de grossesse ou de grossesse récente est inconnu au moment du décès, lorsque la cause du décès est inconnue, lorsque le décès survient dans d'autres services médicaux ou chirurgicaux que les maternités, la notification des décès maternels est incomplète et aboutit à une sous-estimation qui peut dans certains cas aboutir à une mesure très éloignée de la réalité. Le ratio de mortalité maternelle (RMM) s'exprime sur 100 000 naissances vivantes, par convention. Ceci a pour conséquence de sous-estimer la mortalité maternelle dans les pays où la prévalence des avortements est élevée.

La révision des taux de décès maternels par des enquêtes systématiques aboutit toujours à une augmentation des taux publiés dans les pays où elles sont menées. Cela a été le cas en France (6) comme dans d'autres pays industrialisés.

Différentes méthodes ont été développées pour la mesure de la mortalité maternelle, incluant : 1) la notification dans les registres d'état civil, complétée par des enquêtes confidentielles sur les cas de décès ou des enquêtes ponctuelles ; 2) les enquêtes en population ; 3) les enquêtes utilisant la méthode des sœurs ; 4) les études de mortalité pendant la période reproductive (RAMOS) ; 5) les autopsies verbales ; et 6) les recensements.

Connaitre avec une bonne précision le taux de mortalité maternelle dans une population est donc difficile et coûteux.

Afin de tenter de répondre aux besoins de pays ayant des données incomplètes mais aussi d'ajuster les données en ce qui concerne la sous-notification ou les erreurs de classification, l'OMS, l'UNICEF et UNFPA ont développé des estimations de la mortalité maternelle basées sur les données existantes dans les pays et un modèle statistique permettant de générer des données lorsque celles-ci sont manquantes

(7). Pour information, en 2002, les pays pour lesquels un état civil fiable est en place (soixante) concentrent 13 % des décès maternels alors qu'à l'opposé 62 pays (27 % des décès maternels) n'ont pas de données sur la mortalité maternelle au niveau national.

Le ratio de mortalité maternelle, dont l'évolution doit être suivie régulièrement dans chaque pays (8) (tous les cinq ans est un délai raisonnable vu les degrés d'incertitude attachés à de telles estimations et le coût de ces mesures) pour mesurer les progrès dans le domaine de la santé maternelle, ne suffit pas à lui seul à comprendre et donc à agir sur les causes et les facteurs déterminants de celle-ci. D'autres indicateurs sont nécessaires à l'analyse des progrès : indicateurs de disponibilité des services de santé, indicateurs d'accès aux services et indicateurs de performance des services. Ces indicateurs ont fait l'objet de publications, de guides d'utilisation (9) et de travaux nombreux achevés ou en cours*.

En ce qui concerne la mesure de la morbidité maternelle, estimée par l'OMS de manière empirique représenter environ 15 % des naissances, les choses sont encore plus complexes. La morbidité sévère, lorsque la vie de la mère est mise en danger (*near-miss* ou « échappée belle »), est la moins sujette aux biais statistiques et aux interprétations subjectives. Cependant, concernant sa mesure, il est nécessaire d'avoir de meilleurs indicateurs, avec des définitions claires. Les professionnels doivent être associés à la détermination de ces définitions, avoir la responsabilité de la qualité des données collectées et jouer un rôle dans leur analyse (10). Dans une récente revue de la littérature sur la morbidité maternelle sévère, les auteurs concluent aussi à la nécessité d'avoir des critères uniformisés pour classifier les patientes comme échappée belle (11). L'amélioration de la collecte des données dans les services de santé, qui va en général de pair avec l'amélioration de la qualité des soins, est une condition nécessaire à l'étude de la morbidité maternelle.

Les déterminants des décès maternels et des complications obstétricales sévères sont mieux étudiés par l'utilisation de méthodologies de revue et d'analyse de cas. Ces méthodes sont décrites en particulier dans un ouvrage intitulé « *Au-delà des Nombres ; Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse* » publié en 2004 par l'OMS (12). Elles peuvent être utilisées : 1) au sein d'une communauté,

* Ainsi le Programme AQUASOU (Ministère des Affaires Étrangères, France) avec INSERM U.149 est en train de tester des indicateurs spécifiques aux soins obstétricaux d'urgence dans plusieurs pays ouest africains.

lorsque le décès est survenu en dehors des structures de santé : autopsie verbale ; 2) au sein d'un service de soins : revue de cas de décès ou d'échappée belle, audit clinique ; ou bien 3) au niveau d'une région ou d'un pays : enquêtes confidentielles sur les décès maternels. La diffusion et l'utilisation de ces méthodes sont encouragées actuellement dans tous les pays et elles devraient s'étendre à l'étude des cas de décès périnataux. La mise en œuvre de ces méthodes a aussi pour effet l'amélioration de la qualité du recueil des données dans les services de santé et les districts. La connaissance détaillée de chaque cas, de l'histoire vraie vécue par chacune de ces femmes, qu'elle soit décédée ou qu'elle ait survécu, souvent au prix de séquelles invalidantes, est toujours très instructive sur les causes mais, plus encore, sur les déterminants qui expliquent comment de tels faits ont pu survenir et donnent les clefs nécessaires aux actions de correction qui doivent permettre d'éviter leur répétition. Ces méthodes donnent aux professionnels de santé, soignants et gestionnaires, de nouveaux outils pour analyser, comprendre et agir afin d'éliminer les facteurs locaux, très souvent liés à l'organisation des soins et au manque de protocoles appropriés, qui contribuent négativement à la santé maternelle et néo-natale (13). Ces études de cas et ces audits maternels mettent en évidence les défauts du système de santé, comme par exemple la non-disponibilité des médicaments essentiels ou la non-accessibilité financière, qui sont alors documentés pour permettre un travail de plaidoyer auprès des gestionnaires des systèmes et des autorités locales ou nationales.

3. MORTALITÉ MATERNELLE ET MORTALITÉ NÉO-NATALE : TAUX INACCEPTABLES ET INÉGALITÉS CROISSANTES

3.1. Estimation de la mortalité maternelle

Comme il est dit plus haut, l'OMS, l'UNICEF et UNFPA publient régulièrement les estimations de mortalité maternelle dans le monde. Les dernières portent sur l'année 2000 et donnent 529 000 décès maternels avec un ratio global de mortalité maternelle de 400 (Tableau I). Ces données sont en faveur d'une stagnation des taux de mortalité maternelle entre 1995 et 2000, confirmant que les progrès au niveau mondial ont été très limités durant les deux dernières décennies. Plus grave, il semble que pour le continent africain, qui concentre les ratios de mortalité maternelle les plus élevés, la situation ne semble

Tableau I. Ratios de mortalité maternelle par région

Région	Ratio de mortalité maternelle	Nombre de décès	Risque de décès maternel. 1 sur :
Régions en développement	440	527 000	61
<i>Afrique</i>	<i>830</i>	<i>251 600</i>	<i>20</i>
Afrique subsaharienne	920	247 000	16
Afrique du Nord	130	4 600	210
<i>Asie</i>	<i>330</i>	<i>253 000</i>	<i>94</i>
Asie de l'Est	55	11 000	840
Asie centrale et du Sud	520	207 000	46
Asie du Sud-Est	210	25 000	140
Asie de l'Ouest	190	9 800	120
<i>Amérique latine/Caraïbes</i>	<i>190</i>	<i>22 000</i>	<i>160</i>
<i>Océanie</i>	<i>240</i>	<i>530</i>	<i>83</i>
Régions développées*	20	2 500	2 800
Europe	24	1 700	2 400
Monde	400	529 000	79
* Inclut Canada, États-Unis d'Amérique, Japon, Australie et Nouvelle-Zélande			
Source : estimations pour l'année 2000, OMS, UNICEF, UNFPA			

pas s'améliorer mais au contraire s'aggraver dans certains pays, en particulier ceux en situation d'instabilité politique ou de guerre ou faisant face à de graves difficultés économiques et sanitaires.

99 % de ces décès maternels sont survenus parmi les femmes vivant dans un pays en développement, de causes pouvant être, pour leur grande majorité, prévenues et/ou traitées. Une femme vivant dans un pays pauvre a un risque moyen de mourir d'une complication liée à la grossesse environ 250 fois plus grand qu'une femme vivant dans la plupart des pays développés (14).

Ces décès sont répartis de manière à peu près égale entre l'Afrique subsaharienne (247 000) et l'Asie (253 000), avec environ 4 % des décès survenant en Amérique latine et Caraïbe (22 000) et moins de 1 % (2 500) dans les régions les plus développées de la planète. En termes de ratio de mortalité maternelle (RMM), le plus élevé est celui de l'Afrique subsaharienne (920) suivi par l'Asie (330), l'Océanie (240), l'Amérique latine et les Caraïbes (190) et les pays les plus riches (20).

Les pays qui présentent le plus grand nombre de cas de décès maternels sont l'Inde (136 000) qui concentre 25 % des décès maternels dans le monde, suivie par le Nigeria (37 000), le Pakistan (26 000), l'Éthiopie et la République démocratique du Congo (24 000), la Tanzanie (21 000), l'Afghanistan (20 000), le Bangladesh (16 000), l'Angola, la Chine, le Kenya (11 000 chacun), l'Indonésie et l'Ouganda (10 000 chacun). Ces treize pays comptent pour 70 % des décès maternels dans le monde.

À l'exception de l'Afghanistan, les pays qui présentent le risque le plus élevé de décès par naissance (RMM) sont africains. Sur les 18 pays ayant un RMM supérieur ou égal à 1000, sept sont francophones*.

Il est important de noter qu'au sein des pays les disparités sont parfois immenses en matière de risque de décès pendant la grossesse ou l'accouchement. Et ceci est valable pour tous les pays. Le dernier Rapport sur les Enquêtes confidentielles sur les décès maternels au Royaume-Uni montre un risque de mort maternelle multiplié par 23 pour une femme exclue et vulnérable comparée à une femme socialement et professionnellement bien intégrée (15). La mortalité maternelle est supérieure dans les zones rurales, les zones reculées, parmi les populations pauvres et peut varier largement en fonction de l'appartenance ethnique. Comme exemple des inégalités au sein des pays, la figure 1 montre pour la Bolivie en 1998 que les disparités dans l'accès aux soins sont plus grandes pour les soins qualifiés à l'accouchement que pour d'autres services de santé de base (16).

En ce qui concerne la France, où un Comité national d'experts est en place depuis 1996, les dernières études donnent un ratio de mortalité maternelle de 9,1 après recherche active de tous les cas menée en 1999 (17). Les estimations pour l'Europe donnent un RMM de 2 en Suède (année 2000) et de 17 pour la France (18).

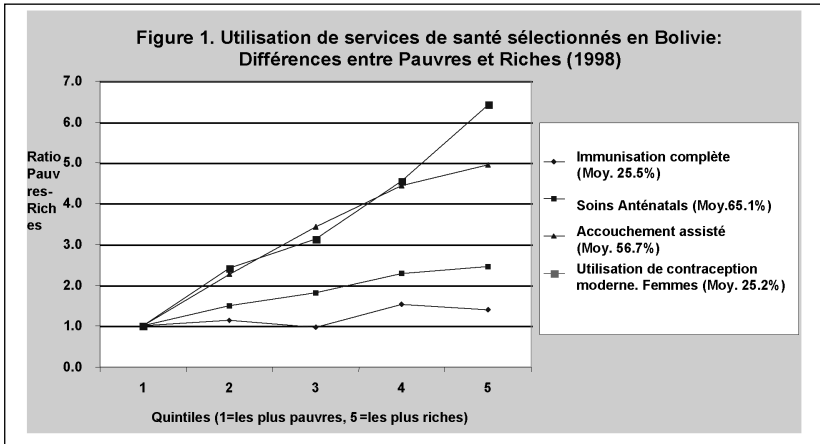
Les très jeunes adolescentes, moins de 15 ans, ont un risque de décès pendant l'accouchement multiplié par 5 par rapport à celui des femmes de 20-25 ans. Il est estimé que 15 millions d'adolescentes sont enceintes chaque année dans le monde.

Si les décès maternels restent des événements rares, ils sont très liés à la pauvreté et à ce qui la constitue: manque d'éducation, d'information et donc de possibilité de choix éclairé, faible statut social,

* Les 18 pays ayant un RMM supérieur ou égal à 1000 sont les suivants (par ordre décroissant) : Sierra Leone, Afghanistan, Malawi, Angola, Niger, République unie de Tanzanie, Rwanda, Mali, Somalie, Zimbabwe, Tchad, République Centrafricaine, Guinée-Bissau, Kenya, Mozambique, Burkina-Faso, Burundi et Mauritanie.

Figure 1. Utilisation des services de santé en Bolivie. Différences entre pauvres et riches (1998).

Source : compiled from data in Gwatkin et al, (2000). Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Bolivia. HNP/Poverty Thematic Group. The World Bank, Washington, DC.



plus encore pour les femmes, impossibilité d'accéder financièrement aux dépenses de soins et aux dépenses connexes (transport, hospitalisation). Mais la mortalité maternelle est aussi un facteur d'aggravation de la pauvreté. La survenue d'une complication sévère peut précipiter une famille dans la très grande pauvreté (endettement) et un décès maternel aura des conséquences graves sur l'économie familiale et sur la survie des enfants puisque l'on sait que la survie des enfants après le décès de leur mère, ainsi que la survie de la fratrie, est fortement diminuée (19). Il faut ajouter que des morbidités sévères comme la stérilité ou la fistule vaginale sont sources d'exclusion sociale. L'accès universel aux soins essentiels est donc bien le défi auquel sont confrontés les pays en développement et la communauté internationale.

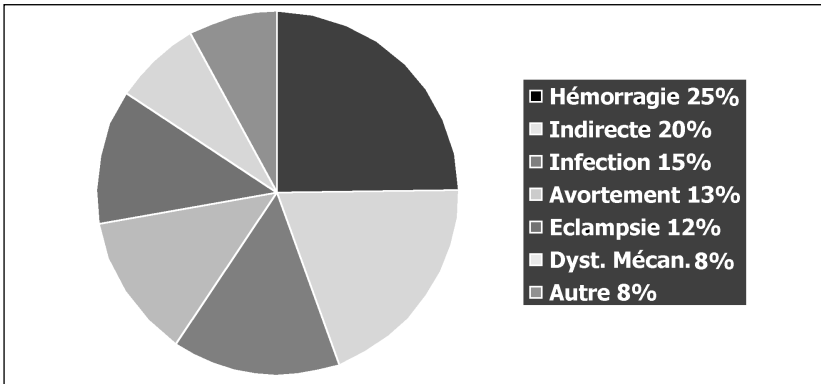
Le rapport 2003 (20) du PNUD faisant état de l'appauvrissement de nombreux (cinquante-quatre) états durant la dernière décennie, ceci renforce la crainte d'une aggravation de la mortalité maternelle pour ces pays. Le revenu moyen des pauvres en Afrique n'a cessé de diminuer avec les années, contrairement à ce qui s'est passé dans le reste du monde en développement (21).

3.2 Causes de mortalité maternelle

Les causes obstétricales directes comprennent cinq causes majeures : l'hémorragie, l'infection, les troubles hypertensifs, les accouchements dystociques et les complications des avortements ; les causes obstétricales indirectes comprennent principalement l'anémie, le VIH/SIDA, le paludisme, les hépatites, la tuberculose, les maladies cardio-vasculaires et thromboemboliques.

La figure 2 montre les estimations de fréquence des principales causes de décès maternels dans le monde. L'hémorragie est au premier rang avec environ un quart des décès maternels dans le monde, suivie des infections (15 %), des complications des avortements (13 %), des éclampsies (12 %) et des dystocies (8 %). Globalement, les causes indirectes participent pour 20 % de la mortalité maternelle. Cependant de grandes variations existent entre groupes de pays. Pour le Royaume-Uni par exemple, la principale cause de décès maternel est actuellement la maladie thromboembolique avec 28 % des décès (22).

Figure 2. Causes des décès maternels (OMS)



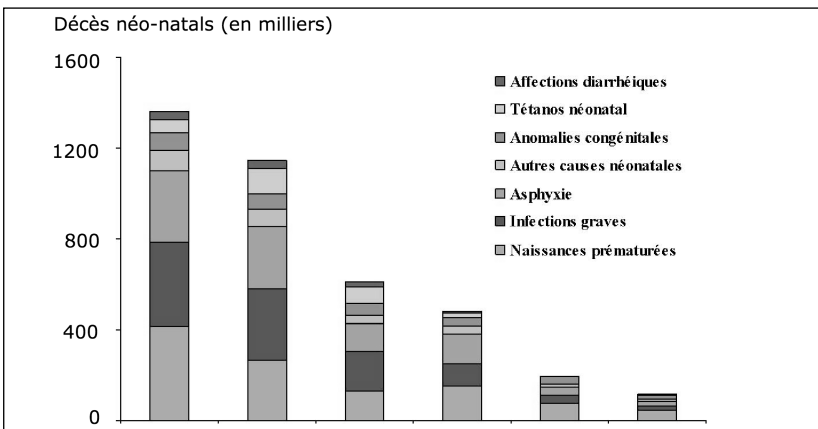
La connaissance des causes de décès et le suivi de leur incidence dans le temps pour chaque pays sont évidemment essentiels pour la définition des stratégies nationales de réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néo-natale. En Inde par exemple, la première cause de décès est l'hémorragie (29 %) suivie par l'anémie (19 %) (23). En Moldavie, si l'hémorragie est aussi à la première place, l'avortement, bien qu'il soit légal dans ce pays, est cependant à la seconde place avec 20 % des décès.

3.3 Mortalité et morbidité néo-natales

3,3 millions d'enfants sont mort-nés et 4 millions de nouveau-nés décèdent durant leur premier mois de vie chaque année dans le monde (24). Les mortalité et morbidité néo-natales, particulièrement pour la période néo-natale précoce (première semaine de vie), sont très fortement influencées par les conditions de la grossesse et de l'accouchement. Rien de très étonnant donc si la part de la mortalité des moins de cinq ans qui a peu ou pas diminué durant les deux dernières décennies est la mortalité néo-natale. Ceci d'autant plus que la santé néo-natale a été largement ignorée et n'a pas fait l'objet jusqu'à récemment d'efforts notables en termes de programmes et de financements. La mortalité néo-natale est devenue dans de nombreux pays en développement la cause majeure de décès des moins de cinq ans. Si l'amélioration générale du niveau de vie permet des progrès spectaculaires en termes de santé infantile et, de façon plus limitée sur la période néo-natale tardive, tout laisse à penser que l'amélioration des soins de santé maternelle et néo-natale et leur large utilisation sont les conditions de l'amélioration de la santé néo-natale, en particulier dans la première semaine de vie (25).

Les causes de mortalité néo-natale se répartissent entre les complications de la prématurité, l'asphyxie et les traumatismes liés à la naissance, les infections, les malformations sévères et d'autres causes périnatales. Les proportions varient selon les pays et au sein des pays selon l'accessibilité aux soins: lorsque la mortalité est élevée, l'asphyxie, le tétanos et les infections jouent un rôle majeur.

Figure 3. Causes des décès néo-natales, 2000-2003 (OMS)



3.4. Estimation de la morbidité maternelle

La mortalité maternelle n'est que le sommet de l'iceberg des problèmes de santé maternelle qui englobent les maladies et complications liées à la grossesse.

Quelle est la situation aujourd'hui ? Chaque année :

- 75 millions de femmes vivent une grossesse non désirée ou non planifiée (26). 20 millions de femmes risquent leur vie lors d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ; 69 000 en meurent (27) ;
- 50 millions de femmes connaissent une complication de leur grossesse ou de leur accouchement ;
- 4 millions souffrent de séquelles invalidantes relatives à leur grossesse et/ou leur accouchement (28).

Les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum toucheraient entre 9 et 15 % des parturientes. Cette morbidité maternelle est le plus souvent difficile à mesurer du fait du manque de définitions internationalement admises et de données fiables (29). Il est estimé que 300 millions de femmes vivent à travers le monde avec des maladies ou séquelles évitables dues à une grossesse ou un accouchement. Ces problèmes incluent la stérilité, les prolapsus utérins et les fistules vésico-vaginales. Beaucoup de femmes sont exclues socialement de ce fait. En Afrique subsaharienne, mais aussi en Asie, 2 millions de femmes environ vivent avec une fistule vésico-vaginale, le plus souvent dans une très grande pauvreté (30).

Les infections puerpérales sont la cause d'environ 450 000 stérilités chaque année. L'importance des grossesses ectopiques est très méconnue en pays en développement car les données sont limitées à celles fournies par des études hospitalières (31).

L'OMS a développé des estimations de mortalité et morbidité pour les cinq causes de mortalité maternelle directe (Tableau II).

L'hémorragie du post-partum (HPP) reste la cause majeure de décès maternel dans les pays développés et ceux en développement (32). Il a été estimé que l'incidence de l'HPP sévère (perte sanguine $\geq 1\,000$ ml) varie de 3,4 % des naissances vivantes dans les pays développés où l'immense majorité des femmes donnent naissance dans des structures sanitaires, jusqu'à 5,1 % dans les pays en développement où une majorité des femmes accouchent sans assistance. Ceci veut dire que quelque 5,7 millions de femmes chaque année subissent une HPP sévère dans le monde. 12 % environ de ces femmes souffriront d'une anémie sévère, soit 660 000, avec les conséquences attendues pour leur santé.

Tableau II. Incidence des complications majeures de l'accouchement dans le monde

Complication	Incidence (% de naissances vivantes)	Nombre annuel de cas	Taux de létalité (%)	Décès maternels en 2000	Principales séquelles chez les survivantes
Hémorragie post-partum	10,5	13 795 000	1	132 000	Anémie grave
Septicémie	4,4	5 768 000	1,3	79 000	Stérilité
Pré-éclampsie et éclampsie	3,2	4 152 000	1,7	63 000	Mal évaluées
Travail dystocique	4,6	6 038 000	0,7	42 000	Fistule, incontinence, stérilité

Source: Abouzhar C. Global burden of maternal deaths and disability. In: Rodeck C. Reducing maternal death and disability in pregnancy. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2003: 1-11.

La revue de la littérature conduite par l'OMS sur les morbidités sévères, citée plus haut (33), a permis de relever une prévalence de 0,80 % à 8,23 % (4 à 8 % dans les pays en développement) pour les études basant leurs définitions sur le critère maladie (éclampsie, dystocie, etc.). Cette prévalence est de 0,38 % à 1,09 % pour celles qui utilisent comme critère la faillite d'un organe ou d'un système (environ 1 % pour les études menées en pays en développement), et enfin de 0,01 % à 2,99 % pour les études utilisant des critères de gestion de cas (par exemple admission en service de réanimation) (34). L'étude des ruptures utérines est très instructive sur l'état du système de santé et la qualité des soins. La rupture utérine, survenant sur un utérus cicatriciel ou non, indique, tout comme la fistule obstétricale, une très mauvaise accessibilité aux services et/ou un dysfonctionnement sévère de ces services. L'augmentation constatée du nombre de ruptures utérines en Afrique du Sud pourrait être due à l'usage de plus en plus fréquent du misoprostol pour l'induction du travail (35). La fréquence des ruptures utérines sur utérus cicatriciel est de 1 % globalement et peut difficilement être étudiée dans les pays en développement du fait du manque de données. Cependant, ce risque y est certainement élevé et la pratique des césariennes, particulièrement chez les primipares, doit être sérieusement réfléchi, particulièrement dans ces pays.

Concernant l'Afrique de l'Ouest, une enquête en population, menée principalement dans les capitales de six pays (36), a montré en 1998 des taux de morbidité maternelle sévère de 6,3 % des naissances

vivantes avec un taux d'accouchements en structure de 80 %. La première cause de morbidité sévère était, là encore, représentée par l'hémorragie de la délivrance.

Les données disponibles concernant la santé mentale en rapport avec la grossesse et les suites de couches en pays en développement sont encore extrêmement pauvres (49) et ce domaine, important en termes de santé maternelle et infantile, demande à être investigué sérieusement.

L'avortement

Comme il est dit plus haut, quelque 46 millions de femmes dans le monde font face à une grossesse non désirée chaque année et 20 millions prennent le risque d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Ceci entraîne environ 69 000 décès, très majoritairement dans les pays en développement, et un très grand nombre de complications et de séquelles, en particulier de stérilité et d'inflammations pelviennes aiguës et chroniques. Les jeunes sont particulièrement victimes de ces complications puisque les deux tiers des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité le sont dans le groupe des 25-30 ans et environ 2,5 millions d'avortements sont pratiqués par an chez des adolescentes (37).

De manière surprenante, les raisons que les femmes donnent pour expliquer leur avortement sont identiques de par le monde : leur santé, les raisons économiques et les problèmes avec le partenaire (38). L'accès à la planification familiale, la possibilité pour une femme et un couple de choisir le nombre d'enfants désirés et le moment de la grossesse jouent un rôle important sur la santé maternelle (39). Il a été estimé qu'au moins 100 000 décès maternels pourraient être évités chaque année si les femmes qui ne désirent pas être enceintes avaient accès à une contraception efficace et pouvaient l'utiliser (40).

L'avortement est donc un problème de santé publique majeur, reconnu comme tel par les Conférences internationales du Caire (CIPD, 1994) et de Beijing (1995).

L'avortement reste illégal, sauf pour raison exceptionnelle, dans la plupart des pays en développement. Il a été prouvé que la légalisation de l'avortement et l'accès à des services de qualité faisaient disparaître la mortalité par avortement. La conférence de Beijing a appelé les gouvernements à réexaminer les lois relatives à l'avortement, particulièrement leurs aspects répressifs à l'égard des femmes ayant recours à l'avortement illégal. Lors de la conférence de suivi des recommandations du Caire (CIPD + 5, New York, 1999) il a été affirmé que lorsque la loi permettait l'avortement, les femmes devaient avoir accès à des services permettant de pratiquer l'avortement dans

de bonnes conditions de sécurité. L'OMS a publié en 2004 des directives techniques et stratégiques à l'intention des services de santé (41). Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2005 mentionne que la mobilisation des ressources nécessaires pour traiter les complications des avortements puise dans des ressources déjà très maigres et a donc un impact sur les services de soins, et que le coût d'une journée d'hospitalisation pour une complication post-avortement peut atteindre 2 500 fois le budget journalier par tête pour la santé (42).

L'infection par le VIH

Parmi les 39 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde (43), les adolescents et jeunes adultes paient le plus lourd tribut. Les jeunes femmes ont un risque supérieur d'infection par rapport aux jeunes hommes, risque naturel aggravé par un statut social défavorable et la violence qu'elles subissent, tout particulièrement, mais pas seulement, dans les zones de conflit et de crise humanitaire. Il est estimé que deux millions de femmes séropositives pour le VIH deviennent enceintes chaque année. Peu connaissent leur séropositivité. Pour plusieurs pays africains, comme l'Afrique du Sud par exemple, le SIDA est devenu aujourd'hui la principale cause de décès maternel (44). Dans des pays comme le Malawi ou le Zimbabwe, l'épidémie est en train d'annuler les récents progrès en matière de mortalité maternelle (45).

Près de 600 000 nouveau-nés naissent infectés chaque année par le VIH et il est estimé que sur les 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH, la grande majorité, soit 1,9 million, vivent en Afrique subsaharienne et ont été infectés par transmission mère-enfant de l'infection (46).

Cette situation est encore aggravée quand les standards de soins sont trop faibles, particulièrement en ce qui concerne la prévention de l'infection. La grossesse et l'accouchement sont des périodes pendant lesquelles les femmes sont particulièrement exposées au risque d'infection iatrogène dans les services de santé. De plus, mais ceci reste à explorer, il apparaît que les femmes enceintes séropositives courent le risque d'être négligées par les professionnels de santé lorsqu'elles se présentent dans les structures de soins. L'épidémie VIH, enfin, par la très haute mortalité qu'elle induit parmi les travailleurs de santé dans de nombreux pays, aggrave encore la pénurie de personnels qualifiés dans des systèmes de santé déjà très faibles, avec toutes les conséquences possibles sur la santé des populations.

Le paludisme

Chaque année environ, 50 millions de femmes vivant dans les zones d'endémicité palustres deviennent enceintes. Il est estimé qu'environ 10 000 femmes et environ 200 000 de leurs enfants mourront du paludisme. Celui-ci est aussi responsable d'anémie sévère (qui contribue à la moitié des décès maternels), d'avortement, de mortinatalité, de retard de croissance intra-utérin et de décès néo-natals. Le paludisme est donc l'une des causes majeures de morbidité et mortalité maternelle et néo-natale, et l'interaction entre la grossesse et le parasite est complexe. En dehors de la prise en charge des accès palustres, deux interventions préventives sont efficaces et doivent être promues par les services de santé : 1) les moustiquaires imprégnées, dont la distribution et l'entretien peuvent être organisés sur une base communautaire ; et 2) le traitement préventif intermittent (sulfadoxine-pyriméthamine) (SP) pendant le second et le troisième trimestres dans les zones de transmission stable de *P. falciparum*, lorsque la résistance aux composants de SP est faible (47).

La violence contre les femmes

La violence exercée par le partenaire à l'égard des femmes, violation des droits fondamentaux, perdure pendant la grossesse ou débute avec elle. Les différentes enquêtes montrent des taux très importants, sur tous les continents, allant de 14 à 32 % de violences physiques ou sexuelles. Le dépistage est possible pendant les soins prénatals à condition que les personnels soient correctement formés à l'écoute et la prise en charge de telles situations et que des filières de référence existent (48).

3.5. L'accès aux soins

Alors que pour la santé infantile l'environnement – eau, hygiène, nutrition, en particulier – joue un rôle majeur pour la santé infantile, la santé maternelle est, elle, très étroitement liée au développement des systèmes de santé (50).

L'analyse des processus mis en œuvre dans les pays qui ont réussi à faire régresser de manière forte leur taux de mortalité maternelle démontre clairement que l'accès à des personnels qualifiés a partout été déterminant. C'est la stratégie qui a été adoptée par les pays riches dans les débuts du vingtième siècle : l'accès à des sages-femmes professionnelles a précédé la délivrance de soins hospitaliers modernes (51), avec d'ailleurs une décroissance plus rapide dans les pays qui ont privilégié les sages-femmes plutôt que les médecins (52). Cela a aussi été le cas

plus récemment de pays comme le Sri Lanka et la Malaisie (53), de la Thaïlande, de Cuba, du Costa Rica, de l'Égypte (54), du Honduras, etc.

Dans ses dix recommandations stratégiques, la réunion d'évaluation de dix années de l'initiative « Pour une grossesse sans risque » (Colombo, 1997) avait mis en bonne place l'accès à un personnel qualifié. L'analyse des stratégies employées par les pays qui ont réussi à faire décroître efficacement leur mortalité maternelle montre que le développement et la gestion des ressources humaines qualifiées est centrale (55). Une étude récente qui compare les systèmes de santé dans quatre pays différents afin d'étudier les facteurs qui influencent la santé maternelle conclut que le facteur le plus important est la structure des ressources humaines, avant la combinaison public-privé pour la fourniture des soins et les changements induits par la réforme des systèmes de santé (56).

Le personnel qualifié est le seul à même de pouvoir repérer à temps un problème ou une complication pendant la grossesse, l'accouchement (partogramme) ou la période du post-partum et la prendre en charge par les soins obstétricaux et néo-natals d'urgence (SONU). Or la couverture en accoucheurs qualifiés est très inégale et généralement très insuffisante dans les zones rurales (57). Ceci a pour conséquence de retarder ou de rendre impossible le diagnostic précoce des problèmes/complications, de créer les conditions de la multiplication des complications sévères par retard dans l'accès aux soins qualifiés de référence, toujours très coûteux et plus éloignés des populations les plus pauvres et les plus en besoin.

L'accoucheur qualifié représente donc la pierre angulaire de tout programme de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale à condition qu'il puisse exercer dans un environnement qui lui permette de mettre en œuvre ses compétences. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié reste très faible au niveau mondial. En utilisant les statistiques disponibles, ce pourcentage atteint 61 %, avec des incertitudes importantes tenant à la définition employée par les pays (58) qui n'est pas toujours la définition admise au plan international* (59). Cette proportion est de 57,5 % dans les pays les moins développés et atteint seulement 31,9 % dans les pays les plus pauvres. En Afrique, seulement 43,7 % des femmes sont assistées par du personnel qualifié

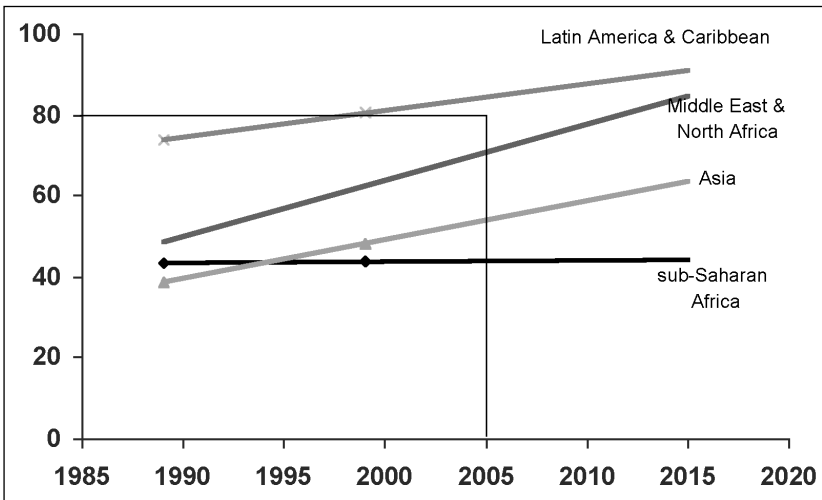
* « Un accoucheur qualifié est un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, un médecin ou un(e) infirmier(ère) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications » .

pendant leur accouchement, 33,8 % en Afrique de l'Est. Différentes études ont montré la très grande inégalité existant entre zones urbaines et rurales et les conséquences en termes de mortalité maternelle en Afrique (60, 61). Une récente revue a montré que, dans la plupart des pays africains, les normes en matière d'implantation de services ne sont pas atteintes. Si dans la plupart des pays un hôpital de référence, capable de produire des soins obstétricaux d'urgence complets, existe dans les districts sanitaires, par contre l'accès aux soins obstétricaux de base reste très limité et inégal (62), alors que l'on sait que l'apport du premier niveau de soins à la réduction de la mortalité n'est pas négligeable (63) et que les deux niveaux sont absolument complémentaires.

L'Afrique et l'Asie du Sud-Est sont très loin de pouvoir atteindre l'objectif de la Conférence du Caire (80 % d'accouchements assistés par du personnel qualifié en 2005) et celui des ODM (90 % en 2015) comme le montre la figure 4 ci-dessous.

Cet indicateur, bien que ne reflétant pas la qualité des soins obstétricaux, est cependant crucial car, sans personnel qualifié, les interventions obstétricales et néo-natales prouvées comme étant efficaces ne peuvent être prodiguées aux mères et aux nouveau-nés. C'est la raison pour laquelle il a été choisi comme indicateur pour l'Objectif de Développement du Millénaire numéro 5.

Figure 4. Professionnels qualifiés à l'accouchement : 1990-2000 et projections en 2015. Source : AbouZhar et Wardlaw, 2001



Cependant, le défi des ressources humaines est encore plus sérieux que ne le montrent les statistiques. En effet, comme il est dit plus haut, certains pays n'utilisent pas encore la définition internationale d'un accoucheur qualifié pour calculer leur taux d'accouchements assistés. Par exemple, au Vietnam, une très grande majorité des femmes vivant en milieu rural sont assistées par des « sages femmes primaires » formées en une année après obtention de l'équivalent du brevet français. Un système très proche existe en Indonésie avec les *Bidan di Desa*, en voie d'évaluation mais dont on sait déjà que les résultats sont très contrastés. Les très nombreuses maternités africaines, rurales et urbaines, où œuvrent en première ligne des matrones recyclées ou des auxiliaires, en sont aussi des exemples.

Les « matrones traditionnelles », classe très hétérogène, incluant des femmes n'ayant reçu aucune formation spécifique et d'autres sommairement formées à l'accouchement et à la prévention de l'infection, continuent à jouer un rôle non négligeable dans un grand nombre de pays en développement, ce pour plusieurs raisons. Le plus souvent ceci est dû à la faiblesse de l'offre des systèmes de santé dans beaucoup de pays, surtout en zones rurales, ce qui ne laisse pas de choix aux femmes concernant l'assistance pendant l'accouchement.

Ceci est dû aussi en grande partie au manque d'éducation/information des femmes, des familles et des communautés sur les dangers de la grossesse et de l'accouchement et de la façon de les parer. Parfois ceci est aggravé par la mauvaise perception, souvent justifiée, qu'ont les femmes de la qualité des soins prodigués par les structures de santé et leurs personnels. La formation des « matrones traditionnelles » a été prônée dans les années soixante-dix, y compris par l'OMS, et de nombreuses études sont maintenant disponibles sur ce sujet. Elles permettent de conclure que ces « matrones traditionnelles » ont un rôle à jouer (64, 65), en particulier pendant la phase transitoire qui précède le déploiement de personnels qualifiés dans les pays, même si on ne peut espérer qu'elles permettent une réduction substantielle de la mortalité maternelle et néonatale (66, 67). De plus, il apparaît clairement que ces « matrones traditionnelles » doivent travailler en lien avec le système de santé et sous la supervision des accoucheurs qualifiés chaque fois que possible.

Le taux de césariennes, qui permet d'évaluer l'offre de soins ainsi que l'accessibilité de ceux-ci, est un indicateur relativement facile à collecter (68). Il reflète les très grandes disparités existant entre pays et, au sein des pays, entre zones rurales et urbaines. De manière empirique, il a été fixé que ce taux devait se situer entre 5 et 15 % des naissances vivantes (69), ce qui est toujours discuté, et des études ont montré que les indications maternelles absolues justifiaient un taux minimum de 1 %

(70). Or ce taux n'est pas atteint dans de très nombreux pays en particulier en zones rurales. Une récente revue systématique menée par l'OMS* retrouve un taux de 3,5 % pour l'ensemble de l'Afrique avec des écarts allant de 0,4 % (Niger) à 15,4 %. Un taux de césariennes faible fait partie de l'ensemble des déterminants qui concourent à une forte mortalité maternelle (71). Des travaux ont permis de proposer des taux de césariennes optimums dans des contextes de faible développement des systèmes de santé afin de donner aux professionnels et aux planificateurs des objectifs adaptés (72, 73). À l'opposé, l'explosion du taux de césariennes constaté dans un grand nombre de services de référence de pays en développement fait craindre l'existence de pratiques de soins substandards, en particulier quand, dans les mêmes services, la pratique de la ventouse obstétricale et du forceps n'existe pas (74).

L'accès géographique est important et il dépend essentiellement de la capacité du système de santé à rapprocher les structures de santé des lieux où vivent les communautés et de mettre en place des systèmes de transport, en particulier en cas d'urgence obstétricale.

Tout aussi importants sont l'accès financier et la qualité des soins. La politique de recouvrement des coûts, prônée dans les années 1980 (Initiative de Bamako) et qui a permis des progrès parfois considérables en termes de budget disponible pour les établissements sanitaires, représente une barrière insurmontable pour une majorité de la population, particulièrement pour les plus pauvres, lorsqu'elle est appliquée aux soins d'urgence et au traitement des complications obstétricales. Un consensus existe aujourd'hui pour dire que, même si le recouvrement des coûts fait désormais partie des instruments parmi d'autres d'une politique de santé cohérente, certains soins et certaines activités sanitaires doivent rester très largement subventionnés (75). Certains pays ont d'ores et déjà pris des initiatives dans ce sens : c'est ainsi que le Mali vient de décider que la césarienne serait désormais gratuite pour la femme qui devait en bénéficier. La Tanzanie a décidé en 2005 que les soins de santé à la mère et à l'enfant seraient gratuits. Ces initiatives importantes doivent être suivies attentivement et évaluées.

Le manque d'équipements, l'inconstance de la disponibilité des médicaments et consommables, les mauvaises conditions de travail et d'organisation des soins, des statuts professionnels médiocres, la déresponsabilisation et le découragement des personnels, une confusion entre activités privées et publiques et un secteur privé totalement incontrôlé, la

* Soumise pour publication.

faiblesse de la formation initiale et le manque de formation continue et de supervision des professionnels sont parmi les déterminants majeurs de la qualité des soins prodigués par les structures de santé. La question de la qualité, qui englobe les processus et les points de vue des usagers et des professionnels (76), est encore peu étudiée dans les pays en développement alors qu'elle est essentielle pour mesurer les progrès : aux critères quantitatifs (nombre de femmes référées, taux de césarienne, etc.) doivent pouvoir être systématiquement associés des critères de qualité (taux de létalité par complication, revue des cas de décès et d'échappées belle, taux de satisfaction, etc.) si l'on veut s'assurer que les progrès mesurés bénéficient réellement aux patientes et à leurs enfants (77). En effet, toutes les études menées sur ce sujet montrent la très forte proportion de décès évitables parmi les décès maternels et l'importance des facteurs humains dans cette évitabilité (78). Ceci est vrai pour l'ensemble des pays et justifie que la question de la qualité ne soit pas réservée aux pays riches mais est bien cruciale pour maximiser les investissements en santé maternelle et néo-natale. Les méthodes d'investigation des décès maternels et des complications sévères (échappée belle) décrites plus haut sont des méthodes très prometteuses dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins, qui méritent d'être promulguées et documentées.

4. EN SAVONS-NOUS ASSEZ POUR AGIR ?

Certes, des recherches importantes doivent continuer à être menées afin d'améliorer la technologie médicale permettant de traiter avec succès les principales complications obstétricales, en particulier dans des contextes à faibles ressources (79).

Certes, nous manquons encore de beaucoup de preuves scientifiques pour étayer l'efficacité des stratégies visant à améliorer la santé maternelle et néo-natale (80).

Cependant, les connaissances existantes sur les causes, les possibles actions préventives et les traitements, permettent d'agir partout et sans délais afin de réduire la mortalité maternelle. Les difficultés principales résident dans les capacités et moyens de mise en œuvre de stratégies efficaces dans des contextes de grande pauvreté et de vacuité des systèmes de santé. La nécessité de recherche, particulièrement de recherche opérationnelle, sur la mise en œuvre des interventions ne peut être une raison pour retarder celles-ci. Il faut se souvenir que des progrès majeurs ont été obtenus dans les pays industrialisés par la dif-

fusion des règles d'hygiène et la mise en place de professionnels, avant la médecine moderne. De plus, très encourageantes, les initiatives alternatives foisonnent dans les pays en développement où les professionnels et les communautés mobilisés cherchent les voies et moyens leur permettant d'obtenir une amélioration réelle de la condition qui est faite aux femmes enceintes aujourd'hui.

Pas de stratégie au rabais pour les pauvres

L'amélioration de la santé maternelle et néo-natale ne connaît pas de solution globale simple et rapide à mettre en œuvre. C'est probablement une des raisons majeures pour lesquelles les mortalités et morbidités maternelles et néo-natales restent si hautes dans les pays en développement. Les efforts gouvernementaux et de la communauté internationale en matière de santé sont en général parcellaires, visant à des résultats rapides et visibles et peu intégrés aux efforts de développement. Leur impact sur le renforcement du système de santé de base pour le rendre solide et fonctionnel, accessible pour tous, reste donc faible. Ce renforcement, recommandé depuis la conférence d'Alma-Ata (1978), est un facteur indispensable au développement des pays.

« En santé, plus encore que pour l'enseignement public, l'amélioration des indicateurs pour les pauvres ne découle pas automatiquement de la poursuite des objectifs de développement du Millénaire. En d'autres termes, ces objectifs pourraient être atteints sans que les pauvres en profitent. Les décideurs politiques doivent donc mettre en place des stratégies particulières focalisées sur les groupes les plus pauvres (populations rurales, groupes ethniques) et donner la priorité à l'expansion des services qui peuvent bénéficier aux plus pauvres (eau et assainissement, soins de santé et enseignement de base) et éliminer les obstacles à l'accès financier à ces services pour les plus pauvres (81). »

4.1. Deux principes paraissent être essentiels et doivent fonder les actions: la continuité des soins et la couverture universelle

4.1.1. La continuité des soins

La santé maternelle et néo-natale dépend de la mise en place d'un continuum de soins à double dimension. Les soins doivent être pensés et prodigués tout au long de la vie: la nutrition, l'éducation et la vaccination de la petite fille, l'accès de l'adolescente à l'éducation sexuelle, aux services de santé de la reproduction et sa protection, l'accès aux services de santé de la reproduction pour toutes les femmes, assurant leur droit à la

décision concernant leur santé et leur santé reproductive en particulier, les soins précédant la conception, les soins prénatals, de l'accouchement et postnatals, les soins du nouveau-né et du petit enfant, la prévention et le traitement des cancers de la femme, les soins post-ménopausiques sont autant d'éléments à prendre en compte par le système de santé. Beaucoup auront des effets sur le déroulement d'une grossesse, d'un accouchement et sur le développement du nouveau-né. La seconde dimension de ce continuum concerne les soins qui, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, doivent être délivrés de la maison au centre de santé et à l'hôpital de référence si nécessaire, sans interruption de la chaîne de soins et avec la qualité requise. Ces soins comportent en particulier des soins d'urgence devant être prodigués 24 heures sur 24.

La santé maternelle et néo-natale représente donc un défi complexe qui nécessite un investissement important et de longue durée pouvant permettre la mise en place, le renforcement et l'extension de ce système de santé minimum et d'en assurer ensuite la pérennité.

4.1.2. La couverture universelle

L'effort fait pour renforcer les systèmes de soins, pour permettre cette continuité doit se placer dans un « projet politique simple mais de plus grande ampleur, qui consiste à faire droit à une revendication de la société – à savoir la protection de la santé des citoyens et la possibilité d'accéder aux soins – revendication qui est de plus en plus considérée comme légitime ». Reconnaissant que, pour la santé maternelle et néo-natale, l'objectif de la couverture universelle est plus éloigné que pour la santé infantile, l'OMS, dans son Rapport sur la Santé dans le Monde, 2005, a développé des scénarios « optimistes mais réalistes » pour 75 pays permettant d'offrir accès à des soins de premier niveau et de recours à 110 millions de femmes en 2015 (73 % des naissances attendues dans le monde). La couverture augmente avec le nombre de professionnels qualifiés (82). La couverture universelle n'est possible que si les barrières financières à l'accès aux soins essentiels sont levées. Il faut donc établir des mécanismes de protection financière.

4.2. Les différentes composantes des soins maternels et néo-natals

4.2.1. La Consultation prénatale (CPN)

Elle connaît un relatif succès en termes d'utilisation (83): aujourd'hui une majorité de femmes, 68 %, consulte au moins une fois pendant la grossesse (84) dans les pays en développement. Ce résultat est

encourageant et cette tendance doit se renforcer avec une augmentation du nombre de consultations par grossesse et surtout une meilleure qualité afin de garantir leur efficacité. Les paquets d'interventions prouvées comme efficaces en termes de réduction des mortalité et morbidité maternelles et néo-natales ont fait l'objet de travaux récents (85)*. L'éducation sanitaire (hygiène, prévention des infections sexuellement transmissibles et dépistage, nutrition, allaitement...), la préparation de l'accouchement (plan d'accouchement basé sur les risques individuels, lieu, recours à du personnel qualifié), la prévention du tétanos, le dépistage et la prise en charge de l'infection par le VIH, la prévention et le traitement de l'anémie et du paludisme sont parmi les plus importantes, pouvant être délivrées dans leur totalité au cours de quatre visites. En comptant les problèmes pouvant amener à des consultations supplémentaires, la moyenne du nombre de consultations nécessaires se monte à cinq (86). Ces chiffres doivent devenir des objectifs à atteindre pour les pays en développement et peuvent aussi aider à la réflexion sur cette question pour les pays les plus riches. Le plan d'accouchement doit utiliser des facteurs de risque facilement identifiables durant la grossesse (87).

Les directives publiées par l'OMS en matière de soins prénatals au premier niveau permettent d'adapter aux connaissances scientifiques les plus récentes les activités devant être menées pendant la grossesse ainsi que la formation des personnels (88).

L'épidémie de VIH/SIDA renforce la nécessité de services de soins prénatals de qualité à même de délivrer un paquet intégré de services incluant les activités de prévention de la transmission mère-enfant du virus ainsi que les soins aux mères vivant avec le VIH (89).

4.2.2. Les soins post-avortement

Les complications des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité représentent, comme nous l'avons vu plus haut, un problème de santé publique majeur. Il a été démontré que l'aspiration intra-utérine, manuelle ou électrique, était plus sûre que l'association dilatation-curetage et pouvait parfaitement être réalisée par des sages-femmes, qui doivent, de plus, pouvoir administrer utérotoniques et antibiotiques de première ligne, avant de référer quand nécessaire.

* Des travaux menés par l'OMS sur les interventions coût/efficaces pour la santé maternelle sont en cours de publication : T. Adam et al. Interventions to achieve the Millennium Development Goals for maternal and neonatal health : Making the best use of available resources. Soumis au BMJ.

Ces interventions font partie de la liste des SONU recommandés au premier niveau de soins (voir tableau III). Les services de santé de la reproduction, en plus d'être capables de pratiquer un avortement lorsque la loi les y autorise, doivent pouvoir prendre en charge les complications de l'avortement, légal ou illégal, sans discrimination d'âge ou de condition sociale.

4.2.3. Les soins obstétricaux et néo-natals d'urgence (SONU)

Il en va de la crédibilité des services de soins que d'être capables de fournir en temps voulu des soins d'urgence de qualité, seuls à même de répondre de manière efficace aux problèmes et complications de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale, pour la mère et le nouveau-né. Ces complications sont dans leur majorité imprédictibles et peu accessibles à la prévention*. Les interventions composant les SONU sont identifiées à chaque niveau de soins et bien codifiées (voir tableau III ci-dessous, auquel il faut ajouter la réanimation néonatale aux deux niveaux). La présence d'un personnel qualifié pendant la grossesse et l'accouchement permet le diagnostic précoce des complications mais aussi des problèmes avant qu'ils ne deviennent des complications sévères pouvant mettre la vie de la mère et du nouveau-né en danger. Les SONU nécessitent donc un système de référence fonctionnel (le transport, quand il existe, est un obstacle très souvent insurmontable sur le plan financier pour les populations rurales et pauvres) et des personnels qualifiés travaillant dans un environnement adéquat (médicaments, consommables, équipements). Certaines des interventions essentielles, comme l'aspiration endo-utérine pour les soins post-avortement ou la ventouse obstétricale, sont absentes du paquet de soins accessible dans un certain nombre de pays au premier niveau de soins, tout comme la césarienne et la transfusion sanguine, inaccessibles à la majorité des femmes dans les pays les plus pauvres. Parfois, ce sont des réglementations inadaptées qui font, par exemple, qu'une sage-femme, souvent le seul personnel compétent au niveau périphérique, ne peut utiliser un antibiotique de première ligne ou encore un ocytocique pour prévenir ou traiter une hémorragie de la

* Ce fait fondamental a fait disparaître des programmes de santé maternelle la notion de « groupe à haut risque » qui pourrait être identifié pendant la grossesse afin de recevoir les soins obstétricaux d'urgence complets. Il est clair aujourd'hui que toute femme doit avoir accès à des soins qualifiés adaptés à son état au moment voulu. Ceci ne retire en rien du rôle de la consultation prénatale d'établir un plan individuel d'accouchement pour chaque femme, plan établi en fonction des risques de complication qu'elle présente.

Tableau III. Fonctions fondamentales définissant les SOE de base et les SOE complets

Fonctions fondamentales définissant les SOE de base et les SOE complets (90)	
Services de SOE de base 1. Administrer des antibiotiques par voie parentérale 2. Administrer des médicaments ocytotiques par voie parentérale 3. Administrer des anticonvulsivants par voie parentérale en cas de pré-éclampsie et d'éclampsie 4. Extraire manuellement le placenta 5. Pratiquer une révision utérine ou un curetage 6. Pratiquer un accouchement par voie basse assisté (ventouse obstétricale, forceps)	Services de SOE complets 1-6. Toutes les fonctions comprises dans les SOE de base 7. Pratiquer des opérations chirurgicales (césariennes) 8. Effectuer des transfusions sanguines
Un établissement de SOE de base est capable d'exécuter toutes les fonctions 1 à 6. Un établissement de SOE complet est capable d'effectuer toutes les fonctions 1 à 8.	

délivrance. Un médicament essentiel comme le sulfate de magnésie, recommandé après des études ayant prouvé son efficacité supérieure sur la prévention et le traitement des convulsions dans l'éclampsie, ne fait toujours pas partie de la liste nationale des médicaments essentiels et/ou n'est pas disponible dans un grand nombre de pays aujourd'hui.

4.2.4. *Le suivi après l'accouchement*

Passées les premières heures qui suivent immédiatement l'accouchement, la période des suites de couches pour la mère et les premiers jours de vie pour l'enfant nécessitent une surveillance attentive durant au moins les premières 24 heures et un suivi adapté dans les premières semaines. Bien que peu étudiée encore sur le plan du coût/efficacité des interventions, cette période est importante en matière de prévention et traitement (hémorragie, infection, anémie), d'allaitement, de dépistage des malformations chez le nouveau-né, de suivi du développement, de soutien psychologique et d'éducation sanitaire, de dépistage des troubles de la relation parents-enfant et la prévention de la maltraitance. Certaines femmes et certains nouveau-nés demandent des soins spécifiques. C'est le cas en particulier des femmes infectées par le VIH et de leurs enfants. Si un professionnel qualifié est indispensable dans les heures qui suivent l'accouchement, des études montrent qu'un suivi

à domicile par des agents de santé formés et supervisés peut être efficace sur l'infection néo-natale (91).

4.3. Quelles sont les conditions nécessaires à la mise en œuvre et à l'accès à ces interventions ?

4.3.1. Une volonté politique forte et un soutien technique et financier massif

L'atteinte des ODM 4 et 5 sera impossible pour un nombre de pays et particulièrement les plus pauvres (92). Cependant, si les décisions stratégiques sont prises dès maintenant, avec une attribution budgétaire à la mesure de l'enjeu, qui permette de placer ces pays sur la bonne voie, ceci ne devrait pas être considéré comme un échec. La tendance qui sera observée dans les années qui viennent – progrès sérieux et mesurable ou non – est donc ce qui importe le plus. Les gouvernements doivent faire de la santé maternelle une cause nationale, un impératif moral qui n'est pas l'affaire du seul secteur de la santé, et considérer l'impact des investissements nécessaires sur la santé de l'ensemble de la population et le développement national. Les investissements dans la santé maternelle et infantile contribuent notablement à une meilleure équité : les femmes et les enfants sont les plus pauvres, placés dans un cercle vicieux les privant d'éducation et de rôle économique du fait de leur mauvaise santé. Les pays doivent se doter du cadre législatif et réglementaire que nécessitent ce combat et les conventions internationales qu'ils ont ratifiées. Leur volonté politique clairement affichée et soutenue par des décisions budgétaires appropriées sera le meilleur garant d'obtention de soutiens extérieurs. Les marges de manœuvre des pays pauvres sont souvent très limitées du fait des contraintes dues à des ressources très limitées. Cependant, il est intéressant de noter que les investissements dans l'éducation et, dans une moindre mesure, dans la santé, faits par les pays les plus pauvres ont augmenté entre 1990 et 2002 (partant de très bas en santé – 1,4 % du PNB, l'augmentation est de 70 %) (93). Les soutiens financiers de la communauté internationale doivent être massifs (94) et sur le long terme, afin d'être prévisibles, tout en tenant compte des capacités d'absorption. L'aide internationale au développement est toujours inférieure au niveau de 1990, globalement 0,25 % du revenu national brut des pays riches, mais son volume remonte depuis 1997 (98) . La santé maternelle, bien que presque toujours placée en priorité forte par les pays, reçoit très rarement une allocation budgétaire adéquate. La compétition avec d'autres programmes est très forte (VIH/SIDA

en particulier) et il est donc très important de démontrer l'intérêt d'investir dans la santé maternelle et néo-natale et que les autres programmes contribuent aussi au renforcement des systèmes de santé*.

Un travail de plaidoyer se mène et doit être renforcé pour aider les gouvernements et les partenaires au développement à voir clairement comment lutter contre la mortalité maternelle et néo-natale de manière efficace et donc à investir dans ce domaine. C'est en particulier le rôle de partenariats établis au niveau global. Le Partenariat international Pour une grossesse sans risque et la santé néo-natale (*Safe Motherhood and Newborn Health* – PSMNH) (96) a été élargi et travaille en étroite collaboration avec le Partenariat Pour la santé néo-natale (*Healthy Newborn Partnership*) et le Partenariat Pour la santé infantile, *Child Survival Partnership*. La fusion de ces trois partenariats qui s'est réalisée en septembre 2005 pour des besoins légitimes de meilleure coordination, peut laisser craindre cependant une dilution des messages et une perte de visibilité pour la santé maternelle et la santé néo-natale précoce, qui restent très sérieusement sous-financées. Un Fonds global pour la santé maternelle, néo-natale et infantile est envisagé par certains comme une solution pour accroître les flux financiers en faveur des programmes dans ces domaines.

L'OMS a créé en 2005 un Département consacré à la santé maternelle et néo-natale (Département Pour une grossesse à moindre risque/*Making Pregnancy Safer*) qui publie les standards et les guides cliniques et de gestion nécessaires dans ce domaine et appuie les pays dans leur définition et mise en œuvre de stratégies adaptées dans ce domaine. La Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale proposée par l'OMS AFRO est maintenant adoptée par l'Union Africaine et utilisée par un nombre croissant de gouvernements et les principaux partenaires actifs dans ce domaine en Afrique subsaharienne.

UNFPA augmente ses programmes d'assistance aux pays avec une concentration sur les soins obstétricaux d'urgence, la disponibilité des médicaments et équipements, les aspects particuliers de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et la planification familiale, et l'UNICEF continue à être actif, avec un intérêt particulier pour les soins prénatals.

Aider les pays à mettre en place des stratégies globales en santé de la reproduction et santé maternelle et néo-natale n'empêche pas,

* Le Fonds Global (VIH, paludisme, tuberculose) a maintenant inclus des critères de sélection pour les projets financés qui incluent l'appui aux systèmes de santé.

quand besoin est, de mener des actions qui abordent ces problèmes sous des angles particuliers. Il est même probable, sous réserve d'une bonne coordination, que des campagnes visant à résoudre un ou des problèmes particuliers au sein d'un ensemble très complexe puissent avoir des effets qui dépassent le seul problème ciblé. Un bon exemple est celui de la Campagne mondiale pour l'éradication des fistules obstétricales lancée en 2002 par UNFPA avec de nombreux partenaires, et qui enregistre déjà quelques succès. Cette campagne axée à la fois sur la prévention et le traitement des fistules obstétricales permet une attention nouvelle sur la morbidité maternelle sévère et la condition faite aux femmes dans toute une partie du monde. Des recommandations en termes de prévention (accès aux soins obstétricaux d'urgence), de prise en charge thérapeutique et de programmes ont été formulées (97) et plusieurs pays mettent en place des programmes adaptés et reçoivent une assistance technique accrue dans ce domaine (98). Un autre exemple, plus récent, est celui de l'initiative FIGO/ICM sur la prévention de l'hémorragie de la délivrance (99).

4.3.2. Un renforcement des systèmes de santé pour une meilleure qualité des soins

L'impératif de disposer de personnel qualifié pour réduire de manière substantielle les décès maternels et néo-natals est central. C'est certainement le plus difficile problème à résoudre dans les pays les plus pauvres d'autant plus qu'ils ont été très fortement incités, encore jusqu'il y a peu de temps, à ne pas investir dans leurs services publics.

Mettre en œuvre une stratégie de *développement des ressources humaines* pour la santé, et en priorité pour la santé maternelle et infantile, demande une volonté politique forte et un soutien sans faille, tant des différents acteurs nationaux qui peuvent contribuer à cet effort que de la communauté internationale, qui devra apporter appui technique et financier sur le long terme, ayant compris qu'il s'agissait d'une contribution cruciale pour le développement. Cette stratégie doit : 1) examiner les ressources existantes et modifier les lois et règlements en vigueur afin de permettre dans de brefs délais une meilleure couverture ; 2) analyser les besoins, définir les types de personnels nécessaires pour les couvrir, étudier différents scénarios possibles pour l'amélioration de la couverture et les chiffrer ; et 3) établir le plan d'action national, le mettre en œuvre, le surveiller et l'évaluer régulièrement. Le problème des ressources humaines n'est pas seulement une question de nombre mais dépend largement des conditions qui sont faites aux professionnels en termes de conditions de vie et de travail, de considération et de soutien. Des enquêtes ont révélé un absentéisme,

parfois à des taux très important, des professionnels dans les services publics, en relation le plus souvent avec leurs activités privées (100). Les mesures permettant un déploiement effectif des personnels qualifiés à la sortie de leur formation ont un coût (101). Une stratégie de développement des ressources humaines comporte un certain nombre de volets afin de couvrir le cadre législatif et réglementaire, la définition des types de professionnels nécessaires et leurs proportions, leur statut (rôle et responsabilités, affectations, plans de carrière, salaires, avantages...), la formation initiale et continue, la supervision, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes durant les différentes étapes. Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2005 examine en détail ces questions et propose un certain nombre de scénarios qui permettraient de rattraper le manque de personnel qualifié, de manière à aider 75 pays à progresser vers la couverture universelle. Ces 75 pays représentent 90 % des naissances dans le monde, plus de 90 % des décès maternels et néo-natals, et la couverture en personnel qualifié à l'accouchement y est en moyenne de 43 %. Ces scénarios tiennent compte des niveaux de développement atteints par les systèmes de santé et des contraintes potentielles principales. 30 pays devraient atteindre l'objectif de 95 % de couverture par du personnel qualifié en 2015. Pour 25 autres il est peu probable que la couverture puisse dépasser 65 % en 2015 et une couverture de 95 % pourrait être atteinte en 2025. Pour les 20 pays les plus pauvres, une couverture de 50 % pourrait être possible en 2015 et au moins quinze années supplémentaires seraient nécessaires pour atteindre la couverture universelle. Le coût de ces différents scénarios est de 39 milliards de dollars supplémentaires devant être consacrés aux dépenses de santé (une dépense supplémentaire de 0,22 \$ par habitant en 2006 passant à 1,18 \$ en 2015) (102).

Les pays peuvent s'inspirer d'expériences dans le domaine des ressources humaines visant à pallier l'absence d'obstétriciens exerçant dans les zones rurales et qui ont, pour certaines, prouvé leur efficacité et leur faisabilité (103). L'expérience du Mozambique pour la formation d'infirmiers à la pratique de la chirurgie obstétricale a été validée par des évaluations de la qualité des soins prodigués (104). Le Sénégal et d'autres pays se sont lancés dans la formation de médecins de district, de médecins généralistes, à la chirurgie obstétricale. Des sages-femmes sont formées à la pratique de l'anesthésie afin de pallier le manque de spécialistes. Le Mali (105) et la Thaïlande (106) ont développé avec succès des stratégies pour attirer et fixer des médecins généralistes en zones rurales. Toutes ces solutions alternatives et innovantes, adaptées au contexte, doivent faire l'objet d'évaluation rigoureuse avant d'être étendues mais représentent un potentiel de développement important.

Les *standards et protocoles de soins* existent et sont régulièrement mis à jour au niveau global (107). Ils doivent être adaptés aux contextes nationaux et facilement accessibles pour tout accoucheur qualifié exerçant dans un pays en développement et être utilisés par les enseignants et superviseurs afin de constamment mettre à jour leurs connaissances.

La qualité de la formation initiale des personnels est certainement stratégique, alors que la formation en cours d'emploi, lorsque les compétences sont limitées, s'avère coûteuse et d'efficacité très limitée. La formation initiale dépend de la stratégie de développement des ressources humaines adoptée au niveau national ou régional (décentralisation) : rôle et nombre de sages-femmes ou infirmières accoucheuses à former par année, proportion médecins/sages-femmes, organisation du système de soins, standards, supervision, etc.

La *formation des personnels enseignants et des gestionnaires* des services de santé et le *renforcement des capacités de formation*, théorique et pratique, doivent faire l'objet d'efforts importants et coordonnés, forcément sur le long terme, afin d'assurer un enseignement de base correct pour des compétences professionnelles adaptées et de permettre l'amélioration de la gestion dans tous les domaines des systèmes de soins.

La couverture géographique en *établissements de soins et leur équipement* est une autre composante importante du programme. L'élément fonctionnel du système de santé reste le district sanitaire, « moyen rationnel d'assurer les soins de santé dans un cadre décentralisé ». L'hôpital de référence fait partie intégrante du système de district. Les résultats décevants du développement des systèmes de santé ne sont pas un échec des stratégies basées sur le district mais sont liés aux conditions dans lesquelles ces stratégies ont été mises en place, caractérisées par un manque de financement et des contraintes importantes que sont, en particulier, mais pas seulement, la pauvreté et l'épidémie de VIH, comme l'analyse le Rapport sur la Santé dans le Monde de l'OMS, 2005 (108). L'extension progressive de la couverture en structures capables de produire des soins de routine et d'urgence de qualité au premier niveau comme au niveau de référence doit être coordonnée avec l'augmentation du nombre d'accoucheurs qualifiés et des autres professionnels nécessaires à la santé maternelle et néonatale et doit viser à permettre l'accès aux soins pour toutes les femmes enceintes, y compris les plus pauvres. Toutes les autres composantes du système de production des soins doivent être prises en compte et renforcées si besoin. Les systèmes de *distribution des médicaments et consommables* doivent permettre d'assurer un approvisionnement régulier et continu. La gestion du programme au niveau du district, selon le processus classique de planification sanitaire, partant

de l'analyse des besoins, passant par la programmation pour aboutir à l'évaluation de la mise en œuvre, demande aussi un renforcement des compétences*.

Dans de nombreux pays, le secteur privé, à but lucratif ou non, joue un rôle important qui va en s'accroissant, aussi bien dans la formation des professionnels que dans la production de soins. La participation de ce secteur à la définition et à l'atteinte des objectifs nationaux est nécessaire. Du fait des carences du secteur public, l'activité du secteur privé est souvent totalement inconnue et hors de tout contrôle de la part des autorités sanitaires. La supervision du secteur privé par le Ministère de la santé fait partie des nécessités afin d'assurer la conduite rigoureuse des plans nationaux de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale.

La qualité des soins délivrés par les services de maternité doit être évaluée. Si de nombreuses publications, le plus souvent à base hospitalière, existent, elles prennent rarement en compte la complexité de la question. La supervision, la formation continue basée sur l'évaluation des faiblesses de la qualité des soins, la promotion de protocoles adaptés, la revue des cas de décès et de complications sévères (109), sont autant de stratégies qui visent à l'amélioration de la qualité. Les personnels de santé sont au centre de cette problématique. À titre d'exemple sur l'aspect qualité des soins, le dernier rapport sur les Enquêtes confidentielles de décès maternels en Afrique du Sud montre que dans plus de la moitié des cas la responsabilité des praticiens est engagée (110).

L'humanisation des soins, qui place le respect des patients au centre du processus de délivrance des soins, le respect des cultures, la démedicalisation quand elle est appropriée, sont des éléments que doivent prendre en compte toutes les stratégies de production de soins et pour lesquels le travail multidisciplinaire avec les anthropologues est extrêmement précieux (111). La stratégie « *Parto como en la casa* » en Bolivie joue un rôle important dans l'augmentation de la fréquentation des services de maternité. Des indicateurs de la qualité des soins sont développés et la contribution des enquêtes auprès des usagers est importante.

Un élément de la qualité est l'intégration des soins qui permet de fournir à une patiente un paquet complet de soins adapté à ses besoins lorsqu'elle est en contact avec le système. C'est ainsi que le paquet de soins essentiels fournis lors d'une consultation prénatale comprend des

* L'OMS/MPS est sur le point de publier un Guide de planification en santé maternelle et néo-natale pour le district.

interventions obstétricales mais doit aussi inclure la vaccination (tétanos), le dépistage du VIH, la prévention et le traitement du paludisme, des suppléments nutritionnels, etc.

4.3.3. Mobilisation communautaire et protection financière

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'aggravation des inégalités sociales caractérise aujourd'hui le monde et le monde en développement en particulier. Le contexte de pauvreté, ou de grande pauvreté, dans lequel vit un pourcentage parfois très élevé de la population, est l'obstacle majeur à l'amélioration de la santé, sachant que la mauvaise santé d'une population contribue à sa paupérisation. Les groupes les plus vulnérables sont partout les enfants et les femmes. Les facteurs d'exclusion des soins de santé sont nombreux. Ils comprennent en premier lieu l'absence de structures sanitaires et leur inaccessibilité (géographique, financière, culturelle) mais aussi le statut défavorable des femmes, l'illettrisme, l'origine ethnique, la langue, le chômage. La mauvaise qualité des soins, inadaptés et inefficaces, le manque de respect montré aux patients, l'absentéisme médical, en particulier, sont d'autres facteurs d'exclusion internes au système de santé.

Les individus, femmes et nouveau-nés pour ce qui nous concerne ici, les familles et les communautés, destinataires des services délivrés par les systèmes de santé, ont un rôle majeur à jouer dans ce contexte. De très nombreuses initiatives sont conduites par les communautés sous toutes les latitudes, qui se mobilisent pour tenter d'améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité. Cette mobilisation peut prendre des formes très variées selon les besoins et les contextes : distribution de médicaments, contraceptifs, moustiquaires imprégnées à base communautaire, participation à la gestion des structures de santé, micro-crédits, soutiens à l'installation de personnels de santé en zone rurale, systèmes de solidarité permettant l'accessibilité financière aux soins de santé, soutien aux « matrones traditionnelles », etc. Certaines de ces initiatives sont conduites en coopération avec les systèmes de santé qui y trouvent un prolongement et une efficacité renforcée. Il a été montré, par exemple, que la supervision des « matrones traditionnelles » par les accoucheurs qualifiés améliorerait la qualité de leurs prestations. Les autopsies verbales qui sont menées au sein de la communauté lorsqu'un décès maternel est survenu à domicile (112), outre qu'elles permettent une meilleure connaissance des déterminants du décès et l'amélioration de la collecte des données, sont un excellent instrument de mobilisation communautaire. D'autres sont soutenues par des organisations non gouvernementales, nationales ou internationales, et ce selon deux concepts très différents. Beaucoup d'interventions sont

basées sur la théorie du changement de comportement (behaviouriste) induit par des messages très ciblés. D'autres, au contraire, se basent sur l'évaluation des besoins et la définition des interventions nécessaires conduites avec les populations elles-mêmes qui sont donc systématiquement placées en position de décisionnaire (Promotion de la santé. Charte d'Ottawa 1986) (113). Cependant, la dispersion des initiatives, leur fragmentation, le manque d'évaluation et l'absence fréquente de documentation, et donc de publication, freine considérablement les progrès de la connaissance dans ce domaine et la possibilité de production de recommandations aux gouvernements et acteurs de la santé maternelle et néo-natale. Un effort de recherche important doit être conduit dans ce domaine (114) et l'OMS a défini quatre champs d'activité dans le domaine du travail avec les individus, les familles et les communautés (115):

1. Le développement des capacités pour les soins, y compris l'éducation et la prévention, pouvant être dispensés par les membres de la communauté eux-mêmes, pour la recherche de soins lorsque nécessaire (signes de danger pour la mère et son nouveau-né, préparation aux urgences, plan d'accouchement);

2. Le développement des connaissances en matière de droits et particulièrement de droits de la reproduction, le rôle des hommes et des personnes influentes de la famille et de la communauté, le rôle des autopsies verbales;

3. L'établissement ou le renforcement des liens entre la communauté et ses membres et le système de santé: financement, transport, rôle des accoucheuses traditionnelles, maternités d'attente;

4. L'amélioration de la qualité par la confrontation de la perception de la qualité par la communauté et par les professionnels de santé, le soutien sociopsychologique, le respect des cultures.

Ceci doit aider à recueillir les informations et les leçons apprises des initiatives existantes et à mener plus de recherche-action dans ce domaine.

Comme il est dit plus haut, les politiques de recouvrement des soins ont marqué leurs limites dans ce contexte et le consensus existe sur le fait que ce recouvrement doit s'accompagner de mesures permettant l'accès aux soins essentiels, en particulier les soins d'urgence, pour tous. En effet, la survenue d'une complication obstétricale sévère pendant la grossesse ou l'accouchement peut faire basculer une famille dans l'extrême pauvreté du fait du coût de la prise en charge et de l'endettement que celui-ci entraîne.

Or dans tous les pays en développement, l'investissement en santé reste très faible, les dépenses de santé sont très largement à la

charge des usagers et la couverture médico-sociale reste exceptionnelle (116). Le rapport sur la Santé dans le Monde de l'OMS, 2005, présente l'état des dépenses de santé et les investissements en santé maternelle et infantile et insiste sur la nécessité d'augmenter la protection financière des individus afin d'assurer l'accès universel aux soins de santé de base (117). Dans ce domaine existent aussi de très nombreuses initiatives*, soit mises en place par les autorités sanitaires, soit à l'initiative des communautés. Le « Forfait obstétrical » mis en place à Nouakchott, Mauritanie, qui donne accès à un paquet intégré de soins obstétricaux et néo-nataux essentiels, incluant la consultation prénatale et la césarienne, en échange d'une contribution versée avant l'accouchement, est en cours d'évaluation et devrait être étendu à d'autres régions du pays rapidement. Les premiers effets en sont une augmentation de la demande et probablement de la qualité des soins. Toutes ces initiatives doivent contribuer notablement à l'extension de la couverture des soins essentiels et à viser la couverture universelle. Elles doivent inclure des mesures spéciales pour les groupes les plus pauvres qui doivent être assurés de l'exonération du coût des soins de santé maternelle et néo-natale.

5. CONCLUSION

Si des recherches doivent continuer à être menées sur le coût/efficacité des interventions en santé maternelle et néo-natale, sur les technologies adaptées, surtout sur les stratégies de mise en œuvre des programmes dans les pays et sur l'évaluation de ces stratégies, sur les systèmes de santé, leur gestion et leur évaluation, etc., il est certain que les connaissances disponibles basées sur la preuve scientifique et l'expérience bien documentée sont suffisantes pour mettre en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néo-natales efficaces, en particulier dans les pays où les ratios de mortalité sont les plus forts et ceux où le nombre des décès est le plus élevé. L'accès aux soins maternels et néo-nataux qualifiés est un droit.

* Pour l'Afrique francophone, il faut citer le Forfait obstétrical en Mauritanie, la gratuité de la césarienne au Mali et au Sénégal (Guediawaye, Pikine), toutes initiatives prometteuses nécessitant une évaluation rigoureuse.

Investir dans la santé maternelle et néo-natale est investir dans des interventions prouvées coût/efficaces et revient à construire ou renforcer l'axe structurant de tout système de santé de base.

La santé maternelle et néo-natale est au cœur de la lutte contre la pauvreté représentée par les Objectifs de développement du Millénaire auxquels ont souscrit les chefs d'état.

Le développement et la gestion des ressources humaines sont des éléments cruciaux pour la santé maternelle et néo-natale et des défis majeurs pour les pays en développement. La coopération des professionnels qualifiés du Sud et du Nord pourrait jouer un rôle considérable dans ce domaine.

Bibliographie

1. <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/francais/>.
2. OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde, 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, pages 28-34. www.who.int/whr/fr/index.html
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. Geneva, WHO, 2001.
4. Etard JF, Kodio B, Traoré S. Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in Bamako, Mali. *BJOG*, 1999; 106: 60-65.
5. Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle. *Encycl Méd Chir* 2001; 5-082-D-10: 9p.
6. Bouvier-Colle MH et al. Mortalité maternelle en France : fréquence et raisons de la sous-estimation dans les statistiques des causes médicales de décès. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1991; 20: 885-91.
7. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. World Health Organization, Geneva. 2003.
8. Bouvier-Colle MH, Bréart G. La mortalité maternelle : pourquoi la surveiller et comment? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2004; 32: 925-6.
8. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. UNICEF/OMS/FNUAP. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. New York, 1997. ISBN: 92-806-3198-5.
10. Ronsmans C et al. Questioning the indicators of need for obstetric care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80 (4).
11. Say L et al. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health* 2004, 1: 3.
12. Au-delà des Nombres ; Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les

risques liés à la grossesse. OMS 2004. ISBN 92 4 259183 1. www.who.int/reproductive-health; www.who.int/Making_Pregnancy_Safer .

13. Dumont A, Gaye A, Mahé P, Bouvier-Colle MH. Emergency obstetric care in developing countries: impact of guidelines implementation in a community hospital in Senegal. *BJOG* 2005; 112: 1264-69.

14. Research on Reproductive Health at WHO. RHR Biennial Report 2000-2002, Chapter 2.

15. "Why Mothers Die: 2000-02" The sixth report of the UK Confidential Enquiries into maternal deaths. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Press. London; November 2004. www.cemach.org.uk.

16. Kunst AE, Houweling T. Panorama Mondial des différences entre riches et pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux, p. 315-35, in Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique, Edité par Vincent De Brouwere et Wim Van Lerberghe. Studies in Health Services Organization & Policy, 18, 2001.

17. Bouvier-Colle MH et al. Nouvelle estimation de la mortalité maternelle en France. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 421-9.

18. Idem Réf. 7.

19. Greenwood AM et al. A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization* 1987; 65: 635-43.

20. Rapport mondial sur le développement humain 2003, Programme des Nations unies pour le développement (PNUD).

21. Chen S et al. How have the world's poorest fared since the early 1980s? Washington DC Banque Mondiale, 2004 (cité dans le Rapport sur la Santé dans le Monde 2005, page 24).

22. Islam K, Gurdtham U G: A systematic review of the estimates of costs-illness associated with maternal and newborn ill-health. WHO Maternal and newborn health and poverty (not published). 2005.

23. Annual report 2004. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi. www.mohfw.nic.in/reports/index.htm.

24. J. Zupan. Perinatal mortality in developing countries. *N ENGL J Med* 352; 20 (2005) 2047-8.

25. OMS Rapport sur la santé dans le Monde, 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Page 95.

26. Starrs A. The safe Motherhood Action Agenda: priorities for the next decade. Family Care International en collaboration avec le Groupe inter agences Pour une grossesse sans risque (IAG), 1998.

27. Organisation Mondiale de la Santé. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. OMS. Genève 2004. www.who.int/reproductive-health/abortion.

28. Mc Donnald M, Starrs A. Skilled care during childbirth: Policy brief. Family Care International, New York, 2002.

29. Prual A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Bréart G. "Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa : incidence and case fatality rates," *Bulletin of the World Health Organization*, 2000; 78: 593-602.

30. Deuxième réunion du Groupe de travail sur la Prévention et le traitement de la Fistule obstétricale, organisé par UNFPA, la FIGO et l'Université de Columbia, Addis Ababa, 2002.

31. Goyaux N, Leke R, Keita N, Thonneau P. Ectopic pregnancy in African developing countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2003; 82: 305-312.

32. Idem Réf. 7.

33. Idem Réf. 11.

34. Bouvier-Colle M-H et al. Mortalité maternelle et morbidité grave dans trois régions françaises : résultats de MOMS, une enquête européenne multicentrique. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2001, 30: 255-259.

35. Hofmeyr J et al. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG*, 2005; 112: 1221-28.

36. Idem Réf. 29.

37. Idem Réf. 27.

38. Allan Guttmacher Institute, 1999. Sharing responsibility: Women, Society and abortion worldwide. The Allan Guttmacher Institute, New York. .
39. Fortney J. The importance of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in family planning* 1997; 18: 109-114.
40. Martson C, Cleland JC. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Population Studies* 2003, 57: 77-93.
41. Avortement médicalisé : Directives techniques à l'intention des services de santé. 2004. OMS Genève. ISBN 92 4 259034 7.
42. OMS Rapport sur la santé dans le monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. 2005. page 57.
43. UNAIDS. Rapport 2004. <http://www.unaids.org/wad2004/report>.
44. Fawcus SR et al. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and neonatal Service, Cape Town (1953-2002). *BJOG* Sept. 2005; 112: 1257-63. .
45. Bicego G, Boerma JT, Ronsmans C. The effect of AIDS on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. *AIDS* 200; 16: 1078-81.
46. OMS. Investir dans une riposte globale du secteur de la santé au VIH/SIDA (Plan VIH/SIDA 2004-2005 de l'OMS). www.who.int/3by5.
47. WHO. A strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. Brazzaville. WHO Regional Office for Africa, 2004. AFR/MAL/04/01 www.afro.who.int/malaria/index/html.
48. Velzeboer M et al. Violence against women: the health sector responds. Washington DC Organisation panaméricaine de la Santé, 2003.
49. Patel V et al. Why maternal mental health matters for infant growth in low-income countries: new evidence from South East Asia. *British Medical Journal* 2004; 328: 820-3.
50. Millennium Project Task Force 4 (Child health and maternal health). Interim report Feb. 2004. <http://www.unmillenniumproject.org/reports/french.htm>.
51. Loudon I. Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950, Oxford: Oxford University Press (1992).
52. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. In Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Évidence scientifique. *Studies in Health services Organisation & Policy* 2001; 18: 19.
53. Pathmanathan I et al. Investing in maternal Health; Learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington DC. The World Bank, 2003.
54. Maternal Mortality Study 2000. Le Caire, Ministère de la Santé et de la Population, 2001.
55. Idem Réf. 40.
56. Parkhurst JO et al. Health systems factors influencing maternal health services: a four country comparison. *Health Policy* 2005; 73: 127-138.
57. Idem Réf. 50.
58. OMS. Skilled attendant at birth. Global estimates 2004. www.who.int/Making_Pregnancy_Safer.
59. OMS, ICM, FIGO Pour une Grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Une déclaration commune. OMS Genève 2005. ISBN 92 4 2559169 6.
60. De Bernis L et al. (2000) Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107, 68-74.
61. Ronsmans C et al. Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. *Tropical Medicine and International Health* 2003; 8: 940-48.
62. UNFPA Rapport sur l'Atelier régional d'Intégration des Stratégies de Réduction de la Mortalité/Morbidité Maternelle dans les Programmes de Santé de Reproduction. Yaoundé, février 2005.
63. OMS Rapport sur la santé dans le monde, 2005. page 80.
64. WHO. Global action for skilled attendants for pregnant women. 2004. WHO/RHR/02.17.
65. Costello A et al. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *BMJ* 2004; 319: 1166-68.
66. Sherratt D. Why women need midwives for Safe Motherhood? In Safe Motherhood initia-

tives: critical issues. Reproductive health Matters. Editeur: Marge Berrer et TK S Ravindran, 2000.

67. Lynn Sibley et al. What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery* 2004; 20: 51-60.

68. Cisse CT et al. Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. 1998. *Cahiers Santé* 8, 369-377.

69. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-37.

70. Unmet Obstetric network. <http://www.itg.be/uonn/fr/>.

71. Weil O, Fernandez H. Is safe motherhood an orphan initiative? *Lancet* 1999; 354: 940-43.

72. Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Caesarean-section rate for maternal indications in sub-Saharan Africa: review of the literature and estimate of the needs in a population of pregnant women in Western Africa (MOMA study). *The Lancet*; 358: 1328-334, 2001.

73. Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle MH, Bréart G, et le groupe MOMA, Estimation du taux attendu de césariennes pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes d'Afrique de l'Ouest (enquête MOMA), *J Gynecol Obstet Biol Reprod*; 31: 107-112, 2002.

74. Bailey PE. The disappearing art of instrumental delivery: time to reverse the trend. *Int J Gyn Obst* 2005; 91: 89-96.

75. Schieber G, Maeda A. A Curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G, éd. *Innovations in Health Financing, World Bank Discussion paper n°365*. Washington: World Bank, 1997; 286p. cité par Audibert M. et al. Evolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu. *Cahiers Santé* 2003; 13: 209-14.

76. Pittrof R et al. What is quality in maternity care? An international perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 277-83.

77. Weeks A et al. Personal accounts of "near-miss" maternal mortalities in Kampala, Uganda. *BJOG* 2005; 112: 1302-07.

78. Enquête nationale sur la mortalité maternelle. Egypte 2000.

79. Tsu V. Appropriate technology to prevent maternal mortality: current research requirements. *BJOG* 2005; 112: 1180.

80. Bullough C et al. Current strategies for the reduction of maternal mortality. *BJOG* 2005; 112: 1213.

81. World Bank. Global monitoring report 2005. Millennium Development Goals, from consensus to momentum. p. 77. <http://www-wds.worldbank.org/>.

82. Idem Réf. 81 p. 79.

83. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Figure 3.1, page 46.

84. OMS-UNICEF. Antenatal Care in Developing Countries. Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. 2003. ISBN 92 4 159094 7.

85. Darmstadt G and al. Evidence based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365: 977-88.

86. Vilar J et al. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1565-70.

87. Testa J et al. (Enquête MOMA) Le poids des facteurs de risque de la morbidité maternelle grave : application à la fiche de consultation prénatale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 31, n°1, 202, 44-50.

88. Grossesse, accouchement, post-partum et soins du nouveau-né ; un guide pour les soins essentiels. WHO/MPS 2005 (version française du PCPNC, 2004) www.who.int/Making_Pregnancy_Safer.

89. McIntyre J. Preventing mother-to-child transmission of HIV: successes and challenges. *BJOG* 2005; 112: 1196-1203.

90. UNICEF/OMS/FNUAP Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. New York, 1997. ISBN: 92-806-3198-5.

91. Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354: 1955-61.

92. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.
93. Idem Réf. 81 p. 89.
94. Sachs D. Macroeconomics and Health: investing in health for economic development. WHO 2001.
95. Idem Réf. 1.
96. <http://www.safemotherhood.org/>.
97. OMS. Les Fistules Obstétricales ; principes pour la prise en charge thérapeutique et le développement de programmes. À paraître en 2005.
98. <http://www.endfistula.org/>
99. <http://www.figo.org/content/PDF/Newsletter22005.pdf>.
100. Idem Réf. 81 p. 107.
101. Sermeels P. et al. For public service or money. Understanding geographical imbalances in the health workforce. World Bank Policy Research Working paper 3886. August 2005.
102. OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde, 2005. pages 107-110.
103. Bergström S. Who will do caesareans when there is no doctor? Finding creative solutions to the human resource crisis. BJOG 2005; 112: 1168-69.
104. Pereira C et al. A comparative study of cesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. BJOG 1996; 103: 508-12.
105. <http://www.santesud.org/> .
106. Idem Réf. 81 p. 88.
107. OMS. Soins intégrés de la grossesse et de l'accouchement/Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC) : série de documents cliniques et de gestion pour les soins de santé maternelle et néo-natale. www.who.int/Making_Pregnancy_Safer.
108. OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde, 2005. pages 35-39.
109. Au-delà des Nombres. Revue des décès maternels et des complications pour rendre la grossesse plus sûre. OMS, 2004. Les cinq méthodes décrites sont l'Autopsie verbale, la Revue des cas de décès maternels, la Revue des complications sévères (Echappée-belles/Near miss), les Enquêtes confidentielles, les Audits cliniques. www.who.int/Making_Pregnancy_Safer.
110. South Africa Department of Health. Saving mothers: second report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa, 2001. Pretoria, 2003.
111. Jaffré Y, de Sardan O. La médecine inhospitalière ; les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Ed. Karthala (Paris) 2003.
112. Idem Réf. 109.
113. OMS. Travailler avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néo-natale. 2002. WHO/FCH/RHR/03.11 www.who.int/Making_Pregnancy_Safer.
114. Costello A et al. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest countries. BMJ 2004; 329: 1166-68.
115. Idem Réf. 113.
116. Idem Réf. 81.
117. OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant., 2005. Page 154.