MORTALITE MATERNELLE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT : QUELLES STRATEGIES ADOPTER ?

L. DE BERNIS

Med Trop 2003 ; **63** : 391-399

RESUME • Malgré un consensus international sur les stratégies à adopter pour réduire massivement la mortalité maternelle et la mortalité néonatale qui lui est liée, les progrès attendus ne se réalisent pas dans un grand nombre de pays. Ceci est dû pour une grande part au fait que ce domaine de la santé publique et du droit de la personne humaine à donner la vie dans des conditions de respect et de sécurité acceptables ne recueille ni l'attention suffisante des gouvernements des pays en développement, ni le soutien massif financier et technique sur le long terme qu'il requiert de la part des pays riches. Pourtant, il n'y aura pas de développement socio-économique durable sans développement d'un système de santé solide et accessible aux plus pauvres. Les Objectifs du Millénaire représentent une excellente opportunité pour réaffirmer la nécessité de soutenir massivement les efforts des pays en développement dans ce domaine et de travailler à la mise en œuvre de stratégies réellement destinées à renforcer l'accès à des soins de qualité pour les plus pauvres. Cet article rappelle les grands axes d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle : les interventions prouvées efficaces, l'accès à des personnels qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement, les services de santé et les systèmes qui les sous-tendent, le rôle des individus, des familles et des communautés, le cadre politique et législatif. Il s'attache aussi à montrer comment choisir de renforcer les services de santé maternels et néonatals peut jouer un rôle considérable pour le renforcement du système de soins dont a besoin toute communauté : la santé maternelle est une bonne porte d'entrée pour le renforcement des services de santé en général.

MOTS-CLES • Mortalité maternelle - Mortalité néonatale - Santé maternelle - Systèmes de santé - Pauvreté.

MATERNAL MORTALITY IN DEVELOPING COUNTRIES: WHAT STRATEGIES TO ADOPT

ABSTRACT • Despite an international consensus on the strategies necessary to achieve a massive reduction of maternal mortality and related neonatal mortality, many countries have made no progress in these areas. The main reason for this failure is that this aspect of public health and the basic human right to bear children under acceptably safe and respectable conditions have received neither sufficient attention from governments in developing countries nor long-term technical and financial support from rich countries. Yet a sound health care system that is accessible to the poorest classes is prerequisite for durable socio-economic development. Implementation of the UN Millennium Development Goals (MDG) provides an excellent opportunity to reaffirm the need for massive support of programs undertaken in this domain by developing countries and for implementation of an effective strategy to enhance access to quality care for the poorest classes. The purpose of this article is to review the main points in a strategy to reduce maternal mortality, i.e., use of practices with documented effectiveness; access to qualified personal during pregnancy and delivery; availability of health services and underlying facilities; the role of individuals, families, and communities; and the political and legal framework. This article also stresses the fact that programs designed to enhance maternal and newborn health can significantly strengthen the health care system for the community as a whole: maternal health offers a gateway for strengthening health care services in general.

KEY WORDS • Maternal mortality – Newborn mortality – Maternal health – Health care systems - Poverty.

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 la grossesse ou à l'accouchement. Les dernières estimations de la mortalité maternelle publiées (1) montrent que les progrès au niveau mondial sont très limités. Plus grave, il semble que pour le continent africain, qui concentre les ratios de mortalité maternelle les plus élevés, la situation ne semble pas s'améliorer mais peut-être au contraire s'aggraver. A cela, il faut ajouter la mortalité néonatale, fortement liée à la mortalité maternelle : 3,4 millions de nouveau-nés décèdent durant la première semaine de vie et pour chaque nouveau-né décédé il faut compter un mort-né.

Aux décès maternels s'ajoute la morbidité liée aux complications de la grossesse, de l'accouchement et du *post partum*. Celle-ci toucherait entre 9 et 15 % des parturientes, mais elle est le plus souvent difficile à mesurer car dépend de la qualité des soins disponibles et du système d'information existant (2). Quand elles n'entraînent pas le décès, les

• *Travail du Département Santé et recherche génésiques (RHR)(L.D.B., Docteur), OMS. Genève,Suisse. (Note : Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Organisation Mondiale de la Santé).*

• *Correspondance : Dr L. DE BERNIS, Organisation mondiale de la santé, Département Santé et recherche génésiques (RHR), Avenue Appia 20, CH 1211 Genève, Suisse • Fax : +41 22 791 4171 • E-mail : debernisl@who.int •*

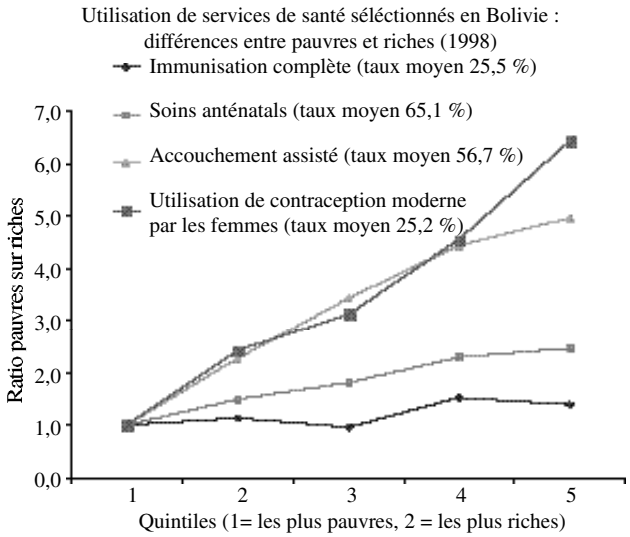

Figure 1 - Iniquité pour l'accès aux personnels qualifiés comparée à d'autres services de base. Source : Compiled from data in Gwatkin et Coll, (2000). Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Bolivia. HNP/Poverty Thematic Group. The World Bank, Washington, DC.

complications sévères entraînent des séquelles comme les fistules vésico-vaginales et la stérilité.

La mortalité maternelle a pendant très longtemps été méconnue, puis sous-estimée et « victime » d'une conception des soins de santé primaire qui excluait les hôpitaux et les médecins du champ de la réflexion (3).

La mortalité maternelle est l'indicateur de santé qui subit les plus grands écarts entre riches et pauvres, entre pays et au sein même des pays. C'est ainsi que plus de 99 % des décès maternels surviennent dans les pays pauvres, où une femme 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 (4). La figure 1 montre, en Bolivie en 1998, par exemple, que l'iniquité dans l'accès aux soins est plus grande pour les soins qualifiés à l'accouchement que pour d'autres services de santé de base[a].

Le ratio de mortalité maternelle est un indicateur de développement socio-économique car lié fortement au développement du système de santé (Tableau I). A ce titre, il est inclus dans la liste des indicateurs de L'Index de Développement Humain (IDH) publié régulièrement par le Fonds des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Tableau I - Ratios de mortalité maternelle par Région (1).

Région (OMS)	Ratio de mortalité maternelle	Nombre de décès
Afrique subsaharienne	1 100	252 000
Moyen Orient, Afrique du Nord	360	33 000
Asie du Sud	430	155 000
Asie de l'Est et Pacifique	140	49 000
Amérique latine/Caraïbes	190	22 000
Europe	55	3 500
Monde	400	515 000

Le rapport 2003 du PNUD (5) faisant état de l'appauvrissement de nombreux [54] états durant la dernière décennie, ceci renforce la crainte d'une aggravation de la mortalité maternelle pour ces pays.

Parmi les 39 millions de personnes vivant avec le VIH, les adolescents et jeunes adultes paient le plus lourd tribut. Pour plusieurs pays africains, comme l'Afrique du Sud par exemple, le sida est devenu aujourd'hui la principale cause de décès maternel.

Cette situation est inacceptable, et ce pour plusieurs raisons :

- la mortalité maternelle est devenue exceptionnelle dans les pays développés, car les complications qui mènent aux décès sont bien connues[b] et, même si elles sont peu prévisibles, elles sont pour beaucoup évitables et peuvent être traitées ;

- le fait de donner la vie n'est pas un phénomène pathologique, mais au contraire une donnée fondamentale de la nature humaine. Les femmes, seules, supportent le poids de la mortalité et de la morbidité liée à la reproduction et dans le calcul du « poids » des maladies (« burden of diseases ») pour les femmes, celui lié à la grossesse et à l'accouchement arrive en première place par ordre d'importance (18 %) ;

- le droit à la santé inclut pour les femmes le droit d'avoir accès, pendant la grossesse, l'accouchement et la période du *post partum*, aux soins dont l'efficacité est prouvée, comme elles ont le droit de choisir quand et combien elles veulent d'enfants (Convention internationale pour l'élimination de la discrimination envers les femmes - CEDAW - 2000). La société se doit de leur garantir ce droit ;

- les taux de mortalité maternelle ne sont pas liés uniquement au niveau de développement et à la richesse des pays. En effet, à niveau de développement égal, les taux peuvent être très différents selon les pays (comparons par exemple le Yémen et le Vietnam). La mortalité maternelle dépend grandement de l'attention que donnent les gouvernements à la santé des femmes, c'est-à-dire de la part du budget national alloué à ce champ de la santé et, particulièrement, à la santé maternelle ;

a Sur cette question on lira avec intérêt: KUNST A.E., HOUWELING T - Panorama Mondial des différences entre riches et pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux. In « DE BROUWERE V, VAN LERBERGHE W. Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy». ITG-PRESS ed, Antwerp, 2001, pp 315-335.

b Les causes de mortalité maternelle sont classées en causes directes (hémorragie, hypertension artérielle, infection, dystocie mécanique, complication de l'avortement) et indirectes (anémie, sida, etc.)

c Le terme accoucheur(se) qualifié(e) désigne exclusivement les personnes ayant des compétences en soins obstétricaux (par exemple des médecins, des sages-femmes ou des infirmiers(es)) qui ont suivi la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge* des accouchements normaux et diagnostiquer, prendre en charge ou référer des complications obstétricales. Réduire la mortalité maternelle: Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1999.

* «prendre en charge» a été ajouté en 2000 pour tenir compte du fait que les accoucheurs qualifiés incluent aussi les médecins et autres personnels médicaux qui peuvent être capables de gérer des complications.

- il n'y a pas de développement humain durable sans l'établissement de systèmes de santé offrant à tous les individus, et particulièrement aux plus pauvres, un accès à des soins de qualité pour les maladies ou affections les plus fréquentes et les plus graves. La santé maternelle fait partie des besoins fondamentaux en terme de santé et requiert pour être prise en charge efficacement un système de santé complet et fonctionnel qui inclut nécessairement : des soins de santé primaires accessibles à toutes les femmes enceintes (soins prénatals, accouchement normal, *post partum*, planification familiale) et de qualité; un système de référence fonctionnel en cas de complication (transport et service de recours fonctionnels 24h/24) ;

- l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) pour les personnes vivant avec le VIH dans les pays pauvres est un des défis majeurs devant être relevé alors que les forces vives de la population de nombreux états sont touchées dramatiquement par l'épidémie de sida, avec des conséquences dramatiques pour les populations et le développement de ces pays. Les femmes enceintes séropositives et leurs nouveau-nés doivent en bénéficier.

Réduire la mortalité maternelle et néonatale requiert des investissements importants et donc un engagement total des décideurs politiques des pays riches et des pays pauvres. Les Objectifs du Millénaire signés en Septembre 2000 par 189 chefs d'états représentent une excellente opportunité de réaliser des progrès considérables pour la santé maternelle si les engagements sont tenus. La santé maternelle est concernée directement par l'objectif 5 (réduction de la mortalité maternelle de 3/4 en 2015 en se basant sur les estimations de 1990) qui a comme indicateurs le ratio de mortalité maternelle et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié[c]. Ce dernier indicateur de processus apparaît très important car l'accès à du personnel qualifié pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement apparaît comme une des clefs de la lutte contre la mortalité maternelle. Mais la santé maternelle est aussi concernée par l'objectif 6 qui est de combattre le sida, le paludisme et d'autres maladies. C'est ainsi que l'un des indicateurs choisis dans ce domaine est la prévalence du sida parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans. Il faut rajouter que combattre la mortalité maternelle va aussi grandement contribuer à l'atteinte de l'objectif 4 de réduction de la mortalité infantile par la diminution de la mortalité néonatale. Enfin, en améliorant l'accès des populations les plus pauvres au système de santé, les stratégies de réduction de la mortalité maternelle participent à la lutte contre la pauvreté (objectif 1).

QUELLES STRATEGIES ?

Des interventions cliniques efficaces

Les interventions cliniques efficaces pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale sont bien connues puisque employées largement par les pays qui ont le plus réduit leur mortalité maternelle. Certaines de ces interventions concernent les complications de l'accouchement et la période du *post partum* immédiat, périodes pendant lesquelles surviennent la majorité des décès. D'autres font partie de la surveillance des grossesses et du *post partum*.

Parmi les premières, décrites dans le Tableau II, certaines appelées «soins obstétricaux essentiels» (SOE) de base peuvent être délivrées au premier niveau de soins (et certaines à domicile), alors que d'autres, soins essentiels complets, ne peuvent être délivrées qu'au niveau de référence (hôpital) (6). Certaines sont encore totalement inconnues ou inexistantes dans certains pays ou régions, comme la ventouse obstétricale par exemple, ou encore inaccessibles au plus grand nombre, comme le sont encore la césarienne et la transfusion sanguine dans de très nombreux pays. Elles sont aussi parfois inaccessibles du fait de réglementations inadaptées, qui font par exemple qu'une sage-femme, souvent le seul personnel compétent au niveau périphérique, ne peut pas prescrire un antibiotique de base ou utiliser un ocytocique pour prévenir ou traiter une hémorragie de la délivrance.

La prise en charge des urgences doit être complétée par une surveillance efficace de toutes les grossesses par du personnel qualifié. La bonne prise en charge de toute grossesse et de tout accouchement limite les risques de décès par le diagnostic précoce des complications (peu prévisibles et pas toujours évitables) et leur prise en charge effective immédiate, avant qu'elles ne deviennent un danger pour la vie de la mère. Ce travail préventif a évidemment des conséquences économiques non négligeables, d'abord par une réduction du coût des soins. L'OMS vient de publier les preuves scientifiques disponibles sur les interventions efficaces pendant la grossesse (7). Il apparaît que, hors complication, quatre visites prénatales sont nécessaires et suffisantes pour assu-

Tableau II - Fonctions fondamentales définissant les soins obstétricaux essentiels (SOE) de base et les SOE complets (6).

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

Un établissement de SOE de base est capable d'exécuter toutes les fonctions 1 à 6.
Un établissement de SOE complets est capable d'effectuer toutes les fonctions 1 à 8.

rer l'ensemble des interventions dont l'efficacité est prouvée. Ce modèle inspire déjà certaines réformes des soins prénatals dans les pays riches et doit servir d'objectif pour les pays pauvres.

De plus, les services de santé maternels doivent prodiguer des soins dans deux domaines très importants au regard de la diminution de la mortalité maternelle : l'avortement et le planning familial. Concernant l'avortement, un progrès considérable est apparu avec l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour les soins *post abortum.* Cette intervention fait partie des soins obstétricaux essentiels de base et devrait pouvoir être pratiquée par les sages-femmes lorsque celles-ci exercent au niveau périphérique. Dans pratiquement tous les pays, l'avortement est autorisé au moins pour sauver la vie de la femme. Tous ces pays devraient donc être en mesure d'offrir des soins d'avortement avec toute la sécurité nécessaire. Ceci est malheureusement loin d'être le cas, et pour aider les pays à mettre en place les services nécessaires, l'OMS vient de publier un guide technique et stratégique (8). Concernant la planification familiale, il est admis que la grossesse et le *post partum* sont deux périodes privilégiées pour aborder cette question avec la femme et son compagnon. Certaines interventions doivent d'ailleurs être programmées dans les heures ou jours qui suivent l'accouchement : la ligature des trompes ou la pose d'un dispositif intra-utérin, par exemple. La planification familiale doit donc être parfaitement intégrée aux soins obstétricaux pré et *post partum*.

Toutes ces interventions sont basées sur des preuves scientifiques qui font l'objet de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de mises à jour régulières afin de tenir compte des avancées de la recherche (9). Parmi les résultats de la recherche les plus récents et importants pour les pratiques cliniques, il faut signaler le rôle du sulfate de magnésie dans la prévention de l'éclampsie, la supériorité de l'ocytocine dans la prévention de l'hémorragie du *post partum* et le nouveau modèle de soins prénatals.

Ces interventions sont aussi présentées dans nombre de manuels, de guides et de divers documents techniques, publiés par l'OMS[d] et d'autres acteurs intervenants dans ce domaine. Un document comme le livre «Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement ; un manuel pour la sage-femme et le médecin» (10), fait l'objet, et c'est une première, d'un consensus international puisque reconnu par l'ensemble des Agences internationales et les Associations professionnelles internationales (Fédération Internationale des sages-femmes - ICM -, Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens - FIGO). Nombre de ces ouvrages sont traduits en de nombreuses langues et font l'objet d'une distribution mondiale. Ils peuvent être adaptés au niveau des pays et sont très utiles à la révision des standards de soins, des protocoles en vigueur, des curriculum de formation et des politiques/stratégies nationales.

Afin de compléter la liste des interventions essentielles, qui sont centrées sur la prise en charge des complications, une liste des interventions prouvées comme étant bénéfiques, potentiellement bénéfiques, à bénéfice discutable, non bénéfiques ou nocives a été publiée récemment (11) afin d'aider les professionnels et les décideurs à planifier pour la mise en place des interventions nécessaires.

Des professionnels de santé qualifiés en soins obstétricaux, accessibles à tous

La mise en œuvre de toutes ces interventions efficaces pour la surveillance des grossesses et la prise en charge des complications nécessite des personnels qualifiés. La clef de la réduction de la mortalité maternelle (et néonatale) apparaît bien être l'accès pour toutes les femmes enceintes à des professionnels compétents, en particulier en cas de complication obstétricale, mais aussi durant la grossesse et l'accouchement afin de dépister très tôt ce qui peut devenir une complication grave, en assurer la prise en charge ou référer. 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 (12). C'est aussi le choix qui a été fait par des pays en développement qui ont connu une diminution importante de leur taux de mortalité dans les dernières quarante années, comme la Malaisie et le Sri-Lanka (13) ou bien encore Cuba ou le Chili. Il faut ajouter cependant que dans tous ces pays, ce choix s'est accompagné d'une très forte volonté politique sans laquelle rien n'aurait été possible.

Ces professionnels doivent être en nombre suffisant et correctement répartis sur tout le territoire, en combinant de manière appropriée des sages-femmes (ou infirmières formées aux soins obstétricaux essentiels), premiers responsables des accouchements à tous les niveaux, capables de fournir en particulier les soins obstétricaux essentiels de base (Tableau II), et des obstétriciens (ou des chirurgiens aptes à la pratique de la chirurgie obstétricale et gynécologique) qui prennent en charge les complications lorsqu'elles surviennent, pendant la grossesse ou l'accouchement. Ceci nécessite pour ces professionnels des statuts et des rémunérations correctes, mais en retour leur donne des devoirs, en particulier celui d'assurer la permanence et la continuité des soins de qualité.

La collaboration entre sages-femmes (ou infirmières formées à l'obstétrique) et médecins, comme celle entre le niveau primaire (premier niveau de soins) et les niveaux secondaire et tertiaire (niveaux de référence) est cruciale[e] et a été bien étudiée[f]. Elle sera facilitée et améliorée par une supervision participative et des évaluations régulières des procédures et des compétences.

d Soins de santé intégrés pour la grossesse et l'accouchement (IMPAC) est une série de publications de l'Initiative «Pour une grossesse plus sûre» de l'OMS, Département de Santé et recherche génésiques (RHR), qui comprend des guides cliniques, de formation, de gestion des systèmes de santé y compris les aspects de mobilisation communautaires, ainsi que des documents de plaidoyer. La liste et certains de ces documents sont accessibles sur le site Internet: http://www.who.int/reproductive-health/

e Il est intéressant de noter que cette question est d'actualité dans tous les pays y compris les pays riches. Elle a par exemple été abondamment débattue en France lors des Etats Généraux de la Naissance, 6 Juin 2003.

f Sur ce point on lira avec intérêt le tableau de l'Annexe 3 du document *Global action for skilled attendants for pregnant women: « Responsibilities for clinical interventions of proven effectiveness and level of service delivery »* WHO/RHR/02.17.

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, balance entre médecins et sages-femmes, organisation du système de soins, standards, supervision, etc... La formation des personnels enseignants et des gestionnaires des services de santé doit faire l'objet d'efforts importants. De nombreux manuels de formation existent qui doivent être disséminés et utilisés largement[g].

Il faut mesurer combien l'objectif de l'accès à du personnel qualifié pendant la grossesse et l'accouchement pour toutes les femmes enceintes est un objectif ambitieux et difficile à atteindre, lorsque l'on sait par exemple qu'aujourd'hui seulement 7 % des femmes éthiopiennes ont accès à ces personnels qualifiés lors de leur accouchement. A ces difficultés s'ajoutent les dégâts très important dus à l'épidémie de sida qui décime les personnels de santé dans certains pays et aux politiques des pays riches qui attirent les personnels de santé afin de régler à faible coût leurs carences en ressources humaines.

Un effort de très longue haleine est donc à entreprendre, qui doit être vu comme un investissement public de développement, trans-sectoriel, et soutenu comme tel.

Les récentes enquêtes conduites dans les pays sur la mortalité maternelle montrent la part évitable des décès due aux dysfonctionnements des services de santé. Cette part peut concerner jusqu'à 40 % des décès maternels (14) et, par de nombreux aspects, la responsabilité des professionnels est ici engagée, ce qui a été magistralement rappelé lors du dernier Congrès de la FIGO (15). La revue des cas de décès et des complications maternelles graves ainsi que les audits des pratiques cliniques, pratiqués au niveau d'un service, d'un district ou même au niveau d'un pays, sont des activités qui se développent avec partout des effets bénéfiques sur la participation des professionnels à l'amélioration de la qualité des soins. L'OMS, par la diffusion à tous les professionnels de santé agissant dans le domaine de la santé maternelle du livre «Au delà des Nombres» (16) qui détaille les cinq méthodologies d'audit et de revue des décès maternels et des complications, et par l'établissement d'un large partenariat au niveau international et national destiné à soutenir les initiatives prises dans ce domaine, doit jouer un rôle crucial pour la diffusion rapide de ces méthodologies qui ont prouvé leur efficacité dans l'amélioration des pratiques cliniques. Par ailleurs, les comportements des praticiens ne peuvent pas être étudiés que d'un point de vue rationnel, tant sont importants les aspects culturels et sociologiques qui les sous-tendent. Les outils de la recherche anthropologique doivent donc être utilisés pour aider les praticiens à analyser leurs pratiques et à les améliorer[h].

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 capital. 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 néonatale.

Les accoucheuses traditionnelles ou matrones ne peuvent être considérées comme personnel compétent dans la mesure où elles ne peuvent reconnaître et prendre en charge les complications de la grossesse et de l'accouchement (17). Si elles ne doivent plus faire l'objet de programmes de formation coûteux conduits au détriment de programmes qui visent à l'installation de personnels compétents, elles doivent continuer à jouer un rôle important de lien entre la communauté à laquelle elles appartiennent et les professionnels de santé, en étant supervisées par des sages-femmes.

DES SYSTEMES DE SANTE FONCTIONNELS

Les professionnels qualifiés en soins obstétricaux doivent pouvoir travailler dans un cadre qui leur permette la pratique des interventions cliniques essentielles et ce, en permanence. Des standards concernant la répartition des structures de soins au niveau du District (indicateurs de couverture) ont été proposés (6), qui doivent être utilisés par les pays en tenant compte des réalités géographiques et de la répartition des populations. Ceci est essentiel pour permettre l'accès aux services. Ces services reconnaissent en général trois niveaux de soins :

1- le niveau primaire ou communautaire est le plus périphérique. Ce niveau est capital en ce qui concerne l'accès des plus pauvres aux services de santé. Il doit être en phase totale avec les besoins de la communauté qui doit participer activement à sa gestion. Le personnel qualifié travaillant à ce niveau doit être en mesure de prendre en charge les grossesses, les accouchements normaux, de diagnostiquer et référer correctement les complications lorsqu'elles surviennent, de superviser les agents communautaires et les accoucheuses traditionnelles[i]. La question de l'accouchement à domicile assisté par du personnel qualifié fait débat, com-

g Les six modules de formation des sages-femmes de l'OMS, sont en cours de révision et d'augmentation (soins *post abortum*; ventouse obstétricale) et seront bientôt disponibles en français. On pourra aussi consulter le site Internet de JHPIEGO: http://www.jhpiego.jhu.edu/ Concernant la gestion des districts (planification, mise en œuvre des plans d'action) et la surveillance et l'évaluation des programmes, de nombreux outils existent ou sont en développement: http://www.who.int/reproductive-health/

h C'est ce qui ressort des débats organisés par l'OMS et la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO) sur le thème des audits/revue des cas de décès maternels lors du Congrès de la SAGO, Bamako, Janvier 2003. On pourra se reporter au livre de JAFFRÉ Y.,OLIVIER DE SARDAN J.P. - La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest». Karthala ed, Paris, 2003.

i Ceci est parfaitement décrit dans un ouvrage récent de l'OMS: *« Pregnancy, Childbirth, Post-partum and Newborn care; a guide for essential practice »* (PCPNC) qui sera bientôt disponible en français.

paré à l'accouchement institutionnel, par l'organisation des soins qu'il nécessite et leur coût.

2- le niveau secondaire, qui correspond à l'hôpital de district. Ce niveau doit pouvoir être en mesure de prendre en charge de manière permanente les complications obstétricales (soins obstétricaux essentiels complets).

Un point essentiel est celui de la communication nécessaire entre niveau primaire et secondaire et du transport des parturientes entre ces deux niveaux. De la recherche dans ce domaine et des efforts considérables restent à faire si l'on veut assurer aux femmes enceintes l'accès aux soins dont elles ont besoin quand elles en ont besoin. La participation active de la communauté est souvent une clef du problème (18).

3-le niveau tertiaire est représenté par les hôpitaux régionaux et nationaux, en charge des complications les plus graves, pouvant nécessiter des technologies plus sophistiquées, et de la formation des personnels.

L'organisation des services de santé de la mère et de l'enfant au niveau du district, qui repose sur une planification basée sur des objectifs/priorités clairement énoncés et sur une gestion efficace des ressources disponibles, est un point clef. Planification et gestion font souvent défaut, souvent par manque de compétence. Un effort de formation des cadres des districts doit être envisagé au niveau des états et des régions. L'OMS soutient cet effort en produisant des outils nécessaires à la gestion des districts et plus spécifiquement à la planification et à la gestion des services de santé de la mère et de l'enfant. En dehors de la gestion des ressources humaines, qui est capitale comme on l'a vu, mais qui dépend rarement des autorités du district car non décentralisée, l'entretien des équipements, la distribution des médicaments essentiels, la gestion financière et la supervision sont les activités les plus importantes pour la production de soins de qualité.

Dans encore trop de services aujourd'hui, les traitements des urgences vitales restent inaccessibles aux patientes qui doivent payer pour pouvoir être soignées. La gestion des services de santé doit organiser l'accès aux soins d'urgence pour tous. Même si les individus, les familles et leurs communautés, peuvent ou doivent participer financièrement, dans la mesure de leurs moyens, à la marche des systèmes de santé (transport par exemple), aidés en cela par des mutuelles ou d'autres systèmes (forfait obstétrical à Nouakchott), l'accès gratuit aux soins en cas d'urgence apparaît capital et doit être organisé.

La crédibilité du système de santé, essentielle pour en augmenter l'utilisation, repose en grande partie sur sa capacité à prendre en charge les complications et les urgences en général. La mortalité maternelle ne sera pas réduite sans une prise en charge correcte des complications qui tuent pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. L'établissement d'hôpitaux de districts accessibles et capables de produire en permanence des soins obstétricaux essentiels complets est donc primordial. De nombreux exemples de succès existent et demandent à être étendus[j].

La qualité des soins est un autre défi difficile qui doit être relevé par les professionnels de santé, soignants, gestionnaires et planificateurs. La révision régulière des standards et protocoles de soins est un impératif à tous les niveaux. Leur respect est un autre aspect de la question qui doit faire l'objet régulier d'évaluations confidentielles et anonymes par la revue des cas de décès maternels ou des complications sévères, au niveau d'un service ou bien d'une région ou au niveau national (enquêtes confidentielles sur les décès maternels), ou bien encore d'audits cliniques (16). Ces méthodes d'évaluation renforcent les capacités des professionnels à améliorer eux-mêmes leurs pratiques cliniques et gestionnaires et donc à les mobiliser pour suivre des indicateurs de leurs pratiques comme le taux de létalité par complication. De ces méthodes est attendue en outre une amélioration du système d'information sanitaire par l'effort de recueil de données concernant chaque patiente qu'elles nécessitent. Les données recueillies prennent un autre sens pour les praticiens, car elles leur deviennent utiles pour juger des progrès réalisés dans leurs propres pratiques, et pas uniquement pour établir des rapports pour le niveau supérieur.

Ce que nous décrivons comme système de santé nécessaire pour la santé maternelle et néonatale, l'est aussi pour de nombreuses autres spécialités médicales qui ont à organiser la prise en charge d'urgences. Penser que bâtir un système de santé adapté aux besoins de la mère et du nouveau-né est indispensable et peut servir d'ossature à un système de référence/contreréférence performant permettra de trouver d'autres alliés. En effet, des investissements importants sont nécessaires, mais qui ont un impact sur l'ensemble du système de santé avec donc un bénéfice pour la santé publique en général :

- la réduction de la mortalité maternelle, par l'amélioration de la qualité des soins de la grossesse et de l'accouchement, entraîne une réduction de la mortalité et morbidité néonatales. Or, la santé du nouveau-né est un des domaines les plus négligés dans de nombreux pays. Comme il a été dit plus haut, la santé néonatale commence à recevoir l'attention qu'elle mérite n'ayant connu aucun progrès notable au cours des dernières années, contrairement à la mortalité infantile ;

- mettre en place des professionnels qualifiés accessibles pour toutes les femmes enceintes (géographiquement et financièrement) a un impact qui dépasse la santé maternelle car ces professionnels participent à la prise en charge de nombreuses pathologies et urgences médico-chirurgicales.

- un bloc opératoire pouvant permettre en permanence (24 h sur 24) la réalisation d'une césarienne permet aussi la pratique de toute la chirurgie d'urgence de base dont la population a besoin.

- établir un système de transport efficace en cas de complication obstétricale afin de permettre l'accès à l'hôpital de district (premier recours) à toutes les femmes enceintes

j Il faut citer ici en particulier le travail réalisé par *Prevention of Maternal Mortality Network* (PMMN) en Afrique de l'Ouest, *Averting Maternal Death and Disability* (AMDD) en collaboration avec le FNUAP et l'UNICEF. C'est aussi l'objectif premier du projet AQUASOU qui se met en place en Afrique de l'Ouest francophone avec la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO).

victimes de complications va, bien sûr, être bénéfique pour l'ensemble de la population, en particulier celle vivant en zone rurale. Au Maroc par exemple, le système mis en place avec le soutien des autorités locales dans certaines régions rurales pour le transport des femmes enceintes en cas de complication fonctionne et est utilisé à 75 % pour d'autres pathologies.

- établir un système d'approvisionnement et de distribution des médicaments nécessaires à la pratique des soins obstétricaux est important et, bien sûr, utile à tous les autres champs de la santé.

Investir dans la santé maternelle représente donc certainement un effort important pour une nation, mais il faut considérer combien cet investissement peut-être bénéfique pour l'ensemble de la communauté. Connaissant le poids économique de l'activité de ces femmes, particulièrement dans les sociétés traditionnelles, l'investissement dans les soins de santé maternelle et néonatale doit avoir un impact certain sur les capacités de développement des communautés, même si cela est difficile à mesurer.

Le poids des trois maladies transmissibles les plus importantes pour la santé publique dans tous les pays et en particulier les plus pauvres, le sida, le paludisme et la tuberculose, explique l'importance de l'investissement qui doit être consenti dans ce domaine. La santé maternelle et néonatale est pleinement concernée par ces trois maladies pour lesquelles des activités spécifiques doivent être établies et accessibles à toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés : le dépistage, le conseil, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida et la prise en charge des mères infectées par le VIH, les alternatives à l'allaitement ; la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse ; le dépistage et le traitement de la tuberculose. Ces activités spécifiques doivent pouvoir être intégrées dans les soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés par les services de santé mère-enfant qui doivent donc être renforcés et soutenus financièrement par les programmes de lutte contre les maladies transmissibles afin d'améliorer leurs performances et de faire face à ces nouvelles exigences de qualité.

La stratégie de réduction de la mortalité maternelle peut contenir des objectifs intermédiaires stratégiques afin de faciliter la prise de conscience et de faciliter les investissements. L'éradication des fistules vésico-vaginales dans une région, par exemple, qui nécessite la création de centres chirurgicaux spécialisés mais aussi un travail de prévention par l'amélioration de l'accès et de la référence (communication et transport) et l'extension des bonnes pratiques obstétricales (partographe), peut s'avérer un choix judicieux. L'accent mis en premier lieu sur la prise en charge des urgences maternelles vitales sur une zone géographique donnée en est un autre exemple. Cependant, pour être pérennes, ces actions doivent dépasser la seule production de soins et s'attaquer au renforcement du système de santé lui-même. De telles initiatives doivent d'ailleurs alimenter les réflexions conduites sur ce point au niveau central.

L'idée qu'un tel système de santé ne peut être bâti sans une forte participation, un soutien actif et informé des populations, fait son chemin, même si trop peu de recherches ont été menées sur cette question. Il est cependant prouvé que les initiatives communautaires, en particulier celles gérées par les femmes, donnent des résultats très encourageants partout où on les aide à se développer. La participation communautaire amène une meilleure connaissance et prise en charge des besoins des populations, une meilleure information des communautés, des familles et des individus, introduit aussi plus de démocratie au sein des structures de santé. Les populations obligent les professionnels de santé à améliorer la qualité des soins. Même si l'objectif premier de la participation des populations n'est pas de pallier aux carences de l'état, celles-ci peuvent mettre en œuvre des initiatives extrêmement importantes pour la santé, comme des mutuelles de santé, des systèmes de transport communautaires etc... Lorsqu'un nombre important de décès surviennent au niveau communautaire, la pratique des autopsies verbales peut permettre, en plus d'une meilleure connaissance des causes et déterminants de ces décès, de mobiliser les communautés et de les associer à la mise en place de solutions efficaces et pérennes. L'initiative pour une grossesse plus sûre de l'OMS a défini quatre champs d'activité avec les individus, les familles et les communautés (19) :

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 socio-psychologique, 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.

La recherche sur les systèmes de santé doit être intensifiée. Les études des différents modèles d'organisation des soins, de stratégies de ressources humaines, de financement des activités de santé, de participation des communautés, entre autres, et de leur impact sur la santé maternelle et néonatale font encore cruellement défaut.

Le premier défi est donc de bâtir une stratégie crédible de développement des ressources humaines et le second de mettre en place un système de santé nécessairement complexe, répondant aux besoins des populations, fonctionnant en permanence et accessible à tous. L'effort pour ce faire et atteindre les Objectifs du Millénaire est immense, de long terme, nécessitant à la fois une très grande volonté politique et un soutien sans défaut de la part des pays riches. L'idée de ne plus accepter la mort d'une femme enceinte le vaut bien.

Atteindre les plus pauvres

Les liens entre lutte contre la mortalité maternelle et lutte contre la pauvreté sont à établir. Il faut mesurer comment la mortalité maternelle qui frappe plus les femmes pauvres que les riches, contribue à augmenter la pauvreté ou à précipiter des familles dans la pauvreté, avec toutes ses conséquences (mortalité infantile). Il faut démontrer comment la lutte contre la mortalité maternelle peut contribuer à l'éradication de la pauvreté et comment les services de santé peuvent s'organiser pour atteindre les plus pauvres. Il a été dit que les Objectifs du Millénaire en terme de mortalité maternelle pouvaient être atteints sans améliorer l'accès des plus pauvres aux services de santé. Il faut donc développer des stratégies spécifiques et des recherches pour trouver les activités nécessaires devant être mises en place pour cet objectif.

Les populations les plus pauvres en zones rurales ne peuvent être atteintes que si les services de santé couvrent tout le territoire car elles habitent plus volontiers les zones les plus reculées : équipes mobiles, maison d'attente pour les accouchements, transports adaptés, gratuité des soins en cas d'urgence font partie des mesures à envisager. Quel que soit leur lieu d'habitat, urbain ou rural, les pauvres sont certainement ceux pour lesquels les plus grands efforts de respect des cultures (lors des soins et de l'accouchement) et d'éducation doivent être faits. Par leur qualité de respect et d'accueil, les services de santé doivent convaincre les pauvres des bénéfices qu'ils peuvent attendre de leur utilisation. C'est ce que développe un pays comme la Bolivie au travers de l'initiative «Accouchement comme à la maison». Les autopsies verbales en milieu communautaire et les revues des cas de décès en institution doivent s'efforcer de retrouver les déterminants des décès maternels afin de déterminer les obstacles rencontrés, particulièrement par les pauvres, à obtenir des soins de qualité quand nécessaires, afin de pouvoir déterminer quelles actions sont à mener en faveur de ces populations. Mettre en place des stratégies pour accroître l'accès aux services de santé pour les pauvres est certainement le meilleur moyen de rendre la diminution de la mortalité maternelle réelle et irréversible.

Un cadre politique et législatif favorable à la santé maternelle

La majorité des pays se sont engagés, en signant des conventions internationales, la dernière étant celle du Sommet du Millénaire (2000), à agir de manière forte pour le soutien au développement, l'élimination de la pauvreté et la réduction de la mortalité maternelle.

Les pays riches doivent montrer plus clairement leur volonté de soutenir effectivement ces objectifs globaux par un engagement financier à la mesure des enjeux.

Les pays en développement ont souvent donné à la santé maternelle la place de première priorité, sans que cela se traduise dans les faits par des flux financiers adéquats bien souvent. Ils ont pourtant deux raisons en particulier d'agir de manière importante et effective dans ce domaine :

- le droit essentiel des femmes d'être respectées et de pouvoir donner la vie dans des conditions de sécurité pour elles-mêmes et leurs enfants;
- l'effet structurant des services de santé maternels et néonatals sur les systèmes de santé dans leur ensemble.

Les pays en développement, qui doivent rapporter leurs avancées dans les domaines relatifs aux conventions internationales qu'ils ont ratifiées, doivent pouvoir trouver des appuis pour la définition de leurs politiques nationales en matière de développement humain, de santé publique et particulièrement de santé de la reproduction, et pour la révision de leurs système législatif et réglementaire, qui doit être favorable à la santé de la reproduction et à la santé maternelle et néonatale[k]. La décentralisation en cours dans de nombreux états et la réforme des systèmes de santé sont autant d'opportunités qui doivent être saisies pour renforcer cette priorité.

La lutte contre la mortalité maternelle doit être un objectif national débordant largement le seul Ministère de la Santé Publique, mais intéressant aussi en particulier le Ministère des Finances, de l'Economie, de l'Equipement, des Affaires sociales, de la Femme, de la Famille, de l'Education. Au plus haut sommet de l'Etat et au niveau du Parlement des groupes actifs doivent se constituer pour envisager toutes les actions possibles pouvant appuyer la cause de la santé des mères et des nouveau-nés.

La coordination des Organisations internationales spécialisées (en particulier UNICEF, FNUAP et OMS), de la Banque Mondiale, des principales organisations non-gouvernementales (ONG) expertes dans ce domaine et des principaux donateurs (pays et fondations) est à l'évidence une des clefs du progrès attendu dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Faire progresser le consensus international et promouvoir au niveau global les stratégies les plus efficaces, stimuler la recherche, convaincre les donateurs d'investir massivement dans ce domaine, travailler avec les gouvernements des pays en développement afin de soutenir leurs efforts, mesurer les progrès et les faire reconnaître, sont autant de tâches importantes qui doivent être menées à bien efficacement. La nouvelle organisation qui doit voir le jour prochainement (*Partners for Safe Motherhood*) devra rapidement faire preuve de son efficacité.

k L'OMS répond à ces besoins par l'édition d'outils et la mise en place de formations qui les accompagnent : *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws.* WHO/RHR/00.1; *Advancing Safe Motherhood through Human Rights.* WHO/RHR/01.5.

REFERENCES

1 - Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. WHO/RHR/01.9.

2 - PRUAL A, BOUVIER-COLLE MH, DE BERNIS L, BREART G - Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull WHO* 2000 ; **78** : 593-602.

3 - VAN LERBERGHE W, DE BROUWERE V - Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. In « DE BROUWERE V, VAN LERBERGHE W. Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy». ITGPRESS ed, Antwerp, 2001, pp 7-35 .

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

5 - Rapport mondial sur le développement humain 2003, Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), ECONOMICA ed, Paris, 2003, 367 p.

6 - 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

7 - WHO Programme to Map Best Reproductive Health Practices: Antenatal care: From research to action. WHO/RHR/01.30.

8 - Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. World Health Organization, Geneva, 2003. (Bientôt disponible en Français : Interruption volontaire de grossesse. Guide technique et stratégique à l'intention des services de santé.)

9 - The WHO Reproductive Health Library. N° 6. WHO/RHR/03.5. http://www.who.int/reproductive-health/rhl/dissemination.html

10 - «Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Un manuel pour la sage-femme et le médecin.» OMS/RHR/00.7

11 - Global action for skilled attendants for pregnant women. WHO/RHR/02.17

12 - LOUDON I - Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950. OXFORD UNIVERSITY PRESS ed, Oxford, 1992, 622 p.

13 - PATHMANATHAN P, LILJESTRAND J, MARTINS JM et Coll - Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka. Human Development Network, Health, Nutrition, and Population Series. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington, D.C., 2003, 20433.

14 - Enquête nationale sur la mortalité maternelle. Egypte 2000. Ministère de la Santé et de la Population, Le Caire. Juin 2001, 135 p.

15 - FATHALLA M - The De Watteville Lecture. Intervention au congrès de la FIGO 2000. www.figo.org

16 - Au-delà des Nombres. Revue des décès maternels et des complications pour rendre la grossesse plus sûre. OMS/RHR, Genève (sous presse).

17 - BERGSTRÖM S, GOODBURN E - Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle. In «Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique. In « DE BROUWERE V, VAN LERBERGHE W. Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy». ITGPRESS ed, Antwerp, 2001, pp 83-103.

18 - EL ABASSI A - Le processus d'intégration des programmes au sein d'un Paquet Minimum d'Activités pour les Centres de Santé : l'expérience du Mali. In « VAN LERBERGHE W, DE BÉTHUNE X. Intégrations et Recherche. Studies in Health Services Organisation & Policy». ITGPRESS ed, Antwerp, 1998, pp 109-121.

19 - Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health. WHO/FCH/RHR/03.11.