



ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CSP26/14 (Fr.)

15 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

STRATÉGIE RÉGIONALE SUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ MATERNELLES

Le taux de mortalité inutilement élevé des femmes pendant la grossesse et l'accouchement constitue une véritable tragédie en Amérique latine et dans les Caraïbes. On estime que, dans ces pays, le rapport de mortalité maternelle est de 190 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 1995, cela représentait environ 22 000 décès maternels. La grossesse et l'accouchement ne sont pas une maladie : or, des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes en meurent encore, pour les mêmes raisons que des femmes des pays industrialisés en mouraient au début du XX^e siècle. Certes, le rapport de mortalité maternelle n'a pas augmenté depuis que la notion de maternité sans risque s'est imposée à la fin des années 80 et au début des années 90. Il n'en demeure pas moins que ce dossier prioritaire en matière de santé publique n'a pas beaucoup progressé au cours des dernières années, si bien que la Conférence sanitaire panaméricaine a été chargée de définir un mandat clair pour l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).

On en sait beaucoup plus aujourd'hui sur les causes de la morbidité et de la mortalité maternelles, et sur les mesures à prendre dans des contextes démunis en ressources. L'expérience nous montre qu'une condition indispensable de la réduction de la mortalité maternelle passe non seulement par le développement social et économique, mais aussi par la disponibilité de traitements efficaces et accessibles. Les résultats de la recherche et l'expérience pratique nous montrent également que des interventions sanitaires précises peuvent réduire l'incidence et la gravité de complications liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, pour les mères et leurs nouveau-nés. L'OPS fait actuellement la promotion d'une approche plus ciblée, axée sur des interventions efficaces comme les soins obstétriques essentiels (EOC), la présence de sages-femmes qualifiées, et un meilleur accès à des soins maternels de qualité.

Les faits sont clairs : on peut éviter les décès maternels; on connaît les interventions efficaces; et, en luttant pour la maternité sans risque, on contribue, non seulement à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles, mais aussi à améliorer le niveau de santé, la qualité de vie et le statut des femmes, de leurs familles et des collectivités. Les interventions axées sur la maternité sans risque, y compris les stratégies de promotion de la santé, sont les mesures les plus efficaces dans le secteur de la santé, surtout au niveau des soins de santé primaires. C'est d'autant plus important que ce sont les femmes démunies des collectivités rurales isolées qui souffrent le plus de l'absence de soins obstétriques essentiels et qui, par conséquent, sont les plus susceptibles de mourir en couches.

Le présent document est soumis à la Conférence pour révision et discussion ainsi que pour considération de la résolution CE130.R10, en annexe, recommandée par le Comité exécutif.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Introduction	3
2 Morbidité et mortalité maternelles : situation actuelle.....	4
2.1 Contexte épidémiologique et social	4
2.2 Où dans la Région le taux de mortalité des femmes est-il élevé ?.....	6
3 Leçons à tirer	7
3.1 Promouvoir des pratiques modèles et des interventions factuelles.....	7
3.2 Assurer une approche multisectorielle.....	10
4. Buts et objectifs	11
5. Des leçons à l'action : la Stratégie régionale	11
5.1 Promouvoir des politiques gouvernementales et des guides efficaces aux niveaux national et municipal	11
5.2 Fournir des soins de santé génésique : garantir la disponibilité de soins obstétricaux essentiels (EOC) et la présence d'assistantes qualifiées à l'accouchement	12
5.3 Responsabilisation des femmes, familles et collectivités	13
5.4 Créer des partenariats et des coalitions	14
5.5 Renforcer les systèmes de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelle	14
5.6 Le financement des soins de santé génésique dans le contexte de la réforme du secteur de la santé	15
6. Considérations financières	16
6.1 Pour les États membres	16
6.2 Le Bureau.....	16
7. Grandes questions à débattre	16
8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine	18

Mortalité et morbidité maternelles : Obstacles aux progrès en Amérique latine et dans les Caraïbes

1. Introduction

Comparée aux autres initiatives de réduction de la mortalité déployées dans la Région, celle qui concerne la mortalité maternelle n'a guère enregistré de progrès récemment. Certes, bon nombre d'indicateurs de santé, comme le taux de fécondité global et le taux de natalité brut, ont considérablement diminué au cours des vingt dernières années, mais les taux et les rapports de mortalité maternelle, eux, sont restés inchangés. Cet état de choses s'explique par l'inadéquation de nombreuses interventions destinées à améliorer la santé maternelle, et par les inégalités entre les sexes. On constate en particulier une relation évidente entre le statut socio-économique inférieur des femmes et le risque de morbidité et de mortalité maternelles. L'incidence de la mortalité maternelle est donc directement reliée aux droits des femmes et des collectivités dans lesquelles elles résident.

Pour faire suite à l'Initiative pour une maternité sans risques, qui a été adoptée à Nairobi en 1987, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a lancé son Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques, lequel a été approuvé en 1990 à la 23^e Conférence sanitaire panaméricaine. Le principal objectif du Plan était une réduction des taux de mortalité maternelle d'au moins 50% d'ici à l'an 2000, moyennant une amélioration des soins de santé génésique. Le Plan invitait également les responsables sociaux et économiques à s'engager clairement à adopter des lois, à mettre en œuvre des politiques et à entreprendre des programmes d'action à cette fin. L'étendue du plan était trop vaste et par conséquent trop difficile à mettre en œuvre dans les pays. On n'a pas mis l'accent sur les interventions les plus efficaces qui s'attaqueraient à près de 80 % des causes principales des mortalités maternelles pendant l'accouchement ou post partum.

Au niveau du pays, on a concentré les ressources sur les soins prénatals, dont le dépistage des facteurs de risque. Cependant, l'expérience nous démontre que les soins prénatals à eux seuls ne peuvent pas réduire la mortalité maternelle, puisqu'ils ne prévoient pas toujours certaines complications qui surviennent lors de l'accouchement et du post partum, notamment l'atonie utérine, l'incapacité de l'utérus de se contracter correctement après l'accouchement, et la rétention du placenta. En outre, on a insisté sur la promotion des aides-accoucheuses traditionnelles (AAT) formées pour fournir les soins de maternité aux femmes dans les collectivités. Ces AAT n'avaient pas les aptitudes nécessaires pour identifier et gérer les complications obstétriques et avaient reçus peu ou point de soutien de la part de l'infrastructure sanitaire, d'où l'impact minime sur la réduction de la mortalité maternelle.

Malgré les efforts déployés dans ce domaine, la situation générale ne s'est guère améliorée, surtout en ce qui concerne les indicateurs d'incidence. Seulement cinq pays de la Région ont rapporté une diminution de 15%, objectif prévu pour 1995. Une évaluation du Plan a fait ressortir l'existence de contraintes politiques et financières au niveau national, qui nuisaient à sa bonne exécution. On a par ailleurs constaté que plusieurs interventions, comme la présence de sages-femmes qualifiées et l'accès à des soins obstétriques essentiels (EOC), n'étaient pas convenablement prises en compte sur le plan programmatique. Il convient également de signaler que les populations pauvres et indigènes étaient exclues des populations de femmes les plus démunies.

En 1997, des représentants des gouvernements, des bailleurs de fonds, des organisations non gouvernementales (ONG) et des experts techniques ont convenu, lors de la Consultation technique sur la maternité sans risque, des interventions à mettre en œuvre impérativement si l'on veut réduire la mortalité maternelle. Ces interventions figurent dans le Plan d'action pour une maternité sans risque et comprennent notamment la promotion de la maternité sans risque au nom des droits de la personne humaine, l'amélioration de la condition sociale et économique des femmes, le report du mariage et de la première grossesse à un âge plus avancé, la reconnaissance du risque de chaque grossesse en assurant une attention qualifiée à la naissance et une amélioration de la qualité des interventions sanitaires.

2. Morbidité et mortalité maternelles : situation actuelle

2.1 Contexte épidémiologique et social

On estime à 190 décès pour 100 000 naissances vivantes le rapport de mortalité maternelle pour l'ensemble des pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC). En 1995, cela correspondait à 22 000 décès maternels. Il ne faut pas oublier que des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes meurent encore des suites de la grossesse ou de l'accouchement, comme c'était le cas des femmes des pays industrialisés au début du XX^e siècle. On peut, à l'aide de définitions médicales, subdiviser les décès maternels en décès par causes obstétricales directes et indirectes. Dans tous les États membres, (dont les États-Unis et le Canada) ce sont les causes obstétricales directes qui dominent nettement, jusqu'à plus de 70%. Ces causes médicales primaires sont l'hémorragie (25%), la septicémie (15%), des complications obstétricales (13%), l'éclampsie (12%) et le travail dystocique (8%). Parmi les causes obstétricales directes (avortement exclu), l'hémorragie, la septicémie et la toxémie sont les trois plus fréquentes, suivies des complications au cours du post-partum.

Les femmes atteintes de complications obstétricales meurent généralement dans un délai de 48 heures. La mort causée par hémorragie et septicémie est plutôt reliée à la naissance elle-même. Les troubles de l'hypertension durant la grossesse constituent un facteur majeur qui contribue à une importante morbidité et mortalité maternelle. Ces

complications sont directement reliées au non accès ou non recours à des soins de maternité. De plus, les services sont souvent incapables de répondre à des situations d'urgence, et fournissent parfois une qualité de soins médiocre.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le VIH/SIDA est une cause sous-jacente des décès obstétricaux directs, au même titre que la fièvre puerpérale et des complications d'un avortement provoqué. Elle estime aussi que l'infection par VIH aggrave des causes indirectes comme l'anémie et la tuberculose, et qu'il est une cause indirecte des décès maternels (OMS, 1998). On estime qu'actuellement, dans les pays ALC, 1,4 millions d'adultes et d'enfants sont infectés par le VIH/SIDA, le quart des adultes séropositifs étant des femmes. Les Caraïbes sont la zone la plus touchée de toute la Région. C'est Haïti qui enregistre le taux d'infection au VIH/SIDA le plus élevé : en 1996, 13% des femmes enceintes du pays étaient infectées par le VIH. Il est probable que les causes obstétricales indirectes ne sont pas régulièrement signalées.

De plus, l'OMS estime que pour chaque décès maternel de la Région, il y a 135 maladies. Ces femmes éprouvent, après la grossesse et l'accouchement, des problèmes chroniques qui auraient pu être évités, comme le prolapsus utérin, des fistules, l'incontinence ou des rapports sexuels douloureux.

Les données disponibles indiquent que les complications de l'avortement sont des facteurs importants de la mortalité maternelle. Vingt pays de la Région reconnaissent que l'avortement est un grave problème de santé publique. Selon des chiffres récents, un total de 42,8 millions d'avortements sont effectués chaque année dans 6 pays ALC par année, (Commission de l'ONU sur la population et le développement, 2002). Ces décès maternels ne sont que la partie émergée de l'iceberg, car les taux de morbidité sous-jacents sont bien plus élevés.

La grossesse chez les adolescentes est une dimension critique de la maternité sans risque, car ces jeunes mères représentent un pourcentage disproportionné des cas de décès et de morbidité maternelles. Dans les pays ALC, environ le tiers des femmes âgées de 20 à 24 ans ont eu leur première grossesse avant 20 ans, souvent une grossesse non désirée ou mal planifiée, donc plus susceptible d'entraîner des problèmes de santé chez la mère parce que celle-ci a soit voulu l'interrompre, soit négligé de recourir aux soins appropriés. Il faut ajouter à cela que les jeunes femmes de moins de 16 ans n'ont pas atteint leur plein développement physique et physiologique et qu'elles risquent donc davantage de souffrir de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

La mortalité et la morbidité maternelles touchent les femmes de toutes les couches sociales et économiques, mais elles touchent de façon disproportionnée les femmes pauvres et analphabètes, dont la majorité habitent dans les zones rurales. Chez les adolescentes, la mortalité maternelle est une cause importante de décès. La législation en vigueur, les croyances culturelles et les traditions qui contribuent à sous-estimer les

femmes aggravent encore davantage cette disparité en limitant leur accès à des ressources économiques. La mort et la maladie sont donc le résultat de l'extrême précarité dans laquelle se trouvent bon nombre de femmes des pays ALC.

2.2 *Où dans la Région le taux de mortalité des femmes est-il élevé ?*

Dans les Amériques, la mortalité maternelle présente des disparités parmi les plus importantes au monde (voir le Tableau 1). Par exemple, on n'enregistre au Canada que 4 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que ce chiffre est de 523 à Haïti. De telles disparités existent même entre des pays d'Amérique latine. Le Chili a un taux de mortalité maternelle de 23 pour 100.000 naissances vivantes comparé à 390 pour la Bolivie. Les estimations officielles permettent de penser que ce chiffre est inférieur à 100 pour 100 000 naissances vivantes au Brésil, El Salvador et en République dominicaine. Il faut toutefois se méfier des statistiques officielles, qui ne reflètent pas toujours toute la réalité. L'OMS a rajusté les taux de mortalité maternelle de 14 pays, afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur du problème. De plus, la mortalité maternelle varie beaucoup à l'intérieur même des pays, reflétant la situation socio-économique des femmes et leur accès à des soins de santé de qualité. En Bolivie, le rapport de mortalité maternelle varie considérablement selon la région géographique (hauts plateaux, vallées, plaines) et selon le lieu de résidence (urbain, rural). Entre 1989 et 1994, on a enregistré dans les hauts plateaux ruraux jusqu'à 973 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, par rapport à 36,1 dans les zones urbaines, pendant la même période.

**Tableau 1. Taux de mortalité maternelle officiels dans les Amériques
(1997-1999)**

Pays	Taux de mortalité maternelle¹ (décès maternels pour 100 00 naissances vivantes)
Bolivie	390
Brésil	60
Canada	4
Chili	23
République dominicaine	80
Équateur	74
El Salvador	120
Guatemala	95
Haïti	523
Honduras	108
Mexique	51
Nicaragua	118
Paraguay	114
Pérou	185

¹ OPS : Situation sanitaire dans les Amériques, Indicateurs essentiels 2001.

3. Leçons à tirer

3.1 *Promouvoir des pratiques modèles et des interventions factuelles*

Depuis 1987, on en sait beaucoup plus sur les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et sur les mesures à prendre dans des contextes démunis en ressources. L'expérience nous montre que la disponibilité de traitements efficaces et accessibles est, encore plus que le développement social et économique général, une condition indispensable de la réduction de la mortalité maternelle. L'OPS fait actuellement la promotion d'une approche plus ciblée, axée sur des interventions efficaces au niveau des soins de santé primaires, qui contribuent à éduquer et à faire participer davantage les femmes, leurs familles et leurs collectivités. Parmi ces interventions, citons les soins obstétricaux essentiels (EOC), la présence de sages-femmes qualifiées, le traitement des complications après un avortement, et un meilleur accès à des soins de santé pour la mère et le nouveau-né.

L'OMS a défini les principales composantes des EOC. Un centre EOC de premier niveau devrait être accessible à toutes les femmes, offrir une salle d'accouchement et avoir un personnel qualifié, les équipements nécessaires et la capacité de transporter

rapidement une femme à un centre EOC de deuxième niveau, en cas de besoin. Un centre d'EOC de premier niveau doit pouvoir offrir : a) des conseils en cas de grossesses à problèmes (p. ex., anémie et diabète); b) des soins médicaux en cas de complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou à un avortement (p. ex., hémorragie, septicémie, complications d'un avortement et éclampsie); c) des procédures manuelles (p. ex., retrait du placenta, suture de chairs déchirées ou incisées par une épisiotomie); d) le monitoring du travail (y compris le partographe); et e) des soins néonataux de base. Les centres EOC de deuxième niveau doivent offrir, en plus de tous les services offerts par les centres de premier niveau, des services de chirurgie, d'anesthésie et de transfusion. Ils doivent également être en mesure de faire les interventions nécessaires en cas de grossesses à risques élevés et de complications pendant l'accouchement.

3.1.1 *Soins obstétricaux essentiels de premier et de deuxième niveau*

Il est indispensable d'offrir des EOC de premier et de deuxième niveau si l'on veut améliorer la santé maternelle. Au cours des dix dernières années, cependant, on a consacré davantage de ressources aux soins prénatals qu'à l'accouchement, aux soins post-partum immédiats et aux soins essentiels en cas de complications. Or, la majorité des complications et des décès surviennent pendant et juste après l'accouchement, ou des complications d'un avortement. Les recherches scientifiques les plus récentes indiquent que la mise en place d'EOC apparaît de plus en plus comme l'une des stratégies les plus efficaces dans la lutte contre la mortalité maternelle. Les centres de soins de premier et de deuxième niveau sont des composantes importantes de cette stratégie. Ces centres sont équipés d'une salle d'accouchement, et disposent de sages-femmes qualifiées, des équipements nécessaires et de moyens de transport adéquats en cas d'urgence.

3.1.2 *Présence de personnel qualifié à l'accouchement*

La prestation de soins professionnels au moment de l'accouchement est une condition préalable si l'on veut réduire la mortalité et la morbidité maternelles. La facilité et la rapidité avec lesquelles on a réussi à faire du rôle des sages-femmes une priorité mondiale montrent combien il était urgent de proposer aux principaux décideurs une intervention qui soit perçue comme étant réalisable et efficace. Ce besoin est né de l'incapacité des priorités antérieures, comme la formation d'aides-accoucheuses traditionnelles (AAT) et l'évaluation prénatale des cas "à risque", à réduire la mortalité maternelle. Les femmes qui accouchent en présence de personnel qualifié¹ ont plus de chances d'éviter de graves complications et de se faire soigner plus rapidement. Les pays qui ont réussi à abaisser la mortalité maternelle à moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes semblent y être parvenus pour la même raison : la grande majorité des accouchements se déroulent en présence de personnels qualifiés. Dans les années 70, le Chili a réussi à réduire de moitié son taux de mortalité maternelle (de 200 à 100) en assurant la présence de personnel qualifié aux accouchements, et en créant un environnement favorable. On sait que la présence de personnel qualifié est un facteur

important pour réduire non seulement la mortalité maternelle mais aussi la mortalité périnatale. Pourtant, les études montrent que, dans 17 pays ALC, il existe de graves disparités quant au nombre de personnel qualifié pendant les accouchements. Par exemple, les zones rurales de ces pays sont très mal desservies à cet égard. Au cours des dix dernières années, la majorité des États membres ont investi davantage dans les systèmes et services de santé des zones rurales dans le but de réduire ces inégalités et d'augmenter le nombre et l'accessibilité des soins de santé primaires. Il existe malgré tout encore des régions où les services ne sont pas situés à distance raisonnable des collectivités et où il n'y a pas de personnel qualifié. Dans ces cas-là, il faut maintenir les interventions qui garantissent un accouchement hygiénique et sûr, comme la formation d'aides-accoucheuses traditionnelles et de membres de la famille, mais avec une réserve importante : en l'absence d'un système efficace d'aiguillage des cas problèmes auprès des services spécialisés, la formation d'aides-accoucheuses traditionnelles ne peut pas, à elle seule, entraîner une réduction de la mortalité maternelle. Lorsqu'on met sur pied un programme de formation d'aides-accoucheuses, il faut l'intégrer dans une infrastructure globale qui comprend un système d'aiguillage des cas problèmes, de supervision et d'évaluation.

3.1.3 *Qualité des soins*

Trait caractéristique de l'Amérique latine et des Caraïbes : la grande majorité des accouchements, soit environ 75%, se déroulent dans des établissements. Et malgré cela, dans 17 pays, les taux de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales sont plus élevées que la normale pour les populations à risque, ce qui sous-entend une piètre qualité des soins. La difficulté d'avoir recours à une césarienne est un autre exemple des inégalités qui influent sur la mortalité maternelle. Dans les pays ALC, cette procédure est utilisée à la fois trop et trop peu. L'OMS recommande un taux général de 15%, compte tenu du nombre de femmes qui risquent vraisemblablement de mourir à la suite de graves complications pendant le travail et l'accouchement. L'incidence des césariennes dans un pays donné peut donc servir d'indicateur de l'accès à des soins obstétriques de qualité. Par exemple, au Paraguay, 6% seulement des accouchements effectués en zones rurales l'ont été par césarienne, contre 32% dans les zones urbaines. Dans d'autres pays d'Amérique latine, les pourcentages de césariennes sont en augmentation, et sont actuellement supérieurs à 15% dans les zones urbaines. Cette disparité entre les zones rurales et les zones urbaines est d'autant plus importante qu'elle signifie que soit les femmes qui ont des complications n'ont pas accès à des services en raison d'obstacles financiers ou géographiques, soit les services de santé existants n'ont pas l'équipement ou la formation suffisants pour les accueillir. On signale de plus des taux élevés d'épisiotomies. Dans les hôpitaux publics d'Argentine et d'Uruguay, par exemple, sur 10 femmes primipares accouchant par voie vaginale, 9 à l'heure actuelle subissent une épisiotomie. Ces pratiques, culturellement inacceptables pour bon nombre de femmes, suscitent le mécontentement de celles qui accouchent dans les hôpitaux publics d'Amérique latine. Les interventions obstétriques doivent être factuelles, et celles qui ne

sont efficaces que pour les groupes à risque élevé ne devraient pas être administrées couramment. En revanche, beaucoup de pratiques qui ont fait leurs preuves ne sont ni administrées couramment ni incluses dans les guides de pratiques cliniques des maternités.

3.1.4 *Responsabilisation des femmes, de leurs familles et de leurs collectivités*

La réduction de la mortalité des femmes passe par la responsabilisation de ces dernières. Si on leur donne et le pouvoir de faire les choix qui les concernent et les informations appropriées, on leur permet de prendre des décisions importantes au sujet de leur santé et, par conséquent, d'exercer leurs droits. Elles sont ainsi en mesure de reconnaître des signes avant-coureurs d'un danger ou de complications, de suivre des procédures médicales, et de tirer parti des programmes d'éducation sanitaire. Elles sont plus susceptibles d'assumer la responsabilité de leur propre santé et de celle de leur enfant, et d'aller chercher rapidement des soins de santé de qualité pour elles-mêmes, leurs familles et leurs collectivités. Par ailleurs, les futurs pères devraient participer aux programmes de promotion et d'éducation sanitaires, et les campagnes de communication devraient les encourager à le faire. Dans beaucoup de collectivités, il est plus facile pour la mère d'avoir accès à certains soins de santé si elle a le soutien d'autres membres de la famille, y compris son partenaire ou son conjoint. La responsabilisation et la mobilisation des collectivités contribuent à créer un environnement favorable à une augmentation des investissements intersectoriels, dans le but d'améliorer les services de santé. Par exemple, des expériences récentes en Équateur, au Honduras et au Nicaragua montrent qu'on a réussi à améliorer l'accès aux services de santé en apprenant aux membres de la collectivité à repérer les signes de danger pendant une grossesse ou un accouchement, et à assumer un transport d'urgence en cas de complications obstétriques ou néonatales. Une telle participation de la collectivité a entraîné une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

3.2 *Assurer une approche multisectorielle*

On peut réduire la mortalité maternelle grâce à l'effet de synergie des interventions déployées dans le cadre d'une solide infrastructure d'orientation et de promotion sanitaires. L'amélioration du système de santé est une nécessité vitale, car des femmes meurent dans les établissements à cause de l'absence d'un réseau obstétrique qui partirait de la collectivité pour aller jusqu'aux niveaux de soins les plus spécialisés en cas de complications obstétriques. Dans les pays où les décès ou infirmités dus à des complications pendant la grossesse ou l'accouchement sont légion, l'objectif de la maternité sans risque doit se fonder sur une approche multisectorielle et en être une composante à part entière lors des discussions avec toutes les parties en cause, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement. L'approche multisectorielle peut comprendre l'éducation, les droits de la personne, les transports, et le développement économique.

Une analyse de la réduction de la mortalité maternelle au Honduras entre 1990 et 1997 met en exergue l'approche multisectorielle. Le rapport de mortalité y a diminué de 38%, passant de 182 à 108 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Danel et coll., 2000). Selon les auteurs de l'analyse, les principaux facteurs sont : a) une forte volonté nationale, l'allocation de ressources à la promotion de la santé et des services sociaux, et la priorité accordée à la réduction de la mortalité maternelle; b) une forte participation de la collectivité; c) le développement des services de soins obstétriques essentiels (EOC); d) un meilleur aiguillage vers des soins spécialisés des femmes souffrant de complications pendant un accouchement à domicile; e) un meilleur aiguillage des femmes vers une assistante qualifiée; f) une augmentation générale du nombre d'accouchements se déroulant en présence d'assistante qualifiée; et g) une amélioration de la qualité des soins.

4. Buts et objectifs

De façon générale, l'objectif de la maternité sans risque vise à protéger et à promouvoir les droits génésiques et les droits de la personne en réduisant le fardeau global des maladies, des infirmités et des décès qu'on pourrait prévenir et qui sont associés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum; à permettre aux femmes d'accoucher dans des conditions sécuritaires et hygiéniques; et à garantir des chances égales aux nouveau-nés. Les partenaires internationaux se sont engagés à atteindre l'objectif de la Déclaration du Sommet du millénaire, soit une réduction, d'ici à 2015, de 75% des rapports de mortalité maternelle de 1990.

À cet objectif s'ajoutent, à l'intérieur de la Région, l'objectif à moyen terme de ramener les rapports nationaux de mortalité maternelle à moins de 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ainsi qu'une diminution, à l'intérieur des pays, des disparités existant entre les rapports des zones rurales et ceux des zones urbaines.

5. Des leçons à l'action : la Stratégie régionale

5.1 *Promouvoir des politiques gouvernementales et des guides efficaces aux niveaux national et municipal*

La modification des structures juridiques et politiques doit se faire au niveau national, là où sont adoptés et appliqués les lois et les règlements influant directement sur la vie des femmes. Après avoir participé à des forums internationaux, bon nombre de pays de la Région ont fait des efforts concertés pour proposer des lois visant à mettre en œuvre des stratégies de protection sociale à l'intention des femmes, y compris la protection contre la violence. Mais il reste encore beaucoup à faire pour les promouvoir et les mettre en œuvre. La plupart des pays de la Région ont donné leur appui à des politiques ou à des normes soulignant l'importance de la maternité sans risque et visant

une réduction de 50% de la mortalité maternelle d'ici à l'an 2000. La Bolivie, le Brésil, l'Équateur et le Mexique ont réussi à donner à la maternité sans risque une place de choix dans leur agenda politique. L'élément déclencheur en a été la volonté des plus hautes instances politiques, laquelle a reçu un appui solide de la population, par l'intermédiaire des groupes qui défendent la cause des femmes. Il faut noter que, dans tous les pays qui ont réussi à ramener la mortalité maternelle à un niveau plus acceptable, il y a eu au départ une forte volonté politique, qui s'est maintenue dans le temps, et la mobilisation des ressources nécessaires. Il faut insister fortement sur l'exécution de cette stratégie, tant au niveau national que local, pour faire en sorte que les interventions recommandées soient mises en place.

5.2 Fournir des soins de santé génésique : garantir la disponibilité de soins obstétricaux essentiels (EOC) et la présence d'assistantes qualifiées

La réforme du secteur de la santé devrait absolument prévoir la promotion de soins de santé génésique (p. ex., une vaste gamme de contraceptifs, des soins de santé pour la mère et le nouveau-né, le traitement des infections sexuellement transmissibles, et les soins après un avortement), et l'accès à ces services devrait être garanti à tous, hommes et femmes. On devrait également envisager sérieusement d'y intégrer des programmes d'éducation et de soins en matière de santé génésique à l'intention des adolescentes. Il est essentiel de prévoir des services de santé pour les adolescentes, étant donné que le taux d'infection au VIH/SIDA et le taux de fécondité sont en hausse, surtout dans les pays ALC.

Il a fallu attendre les années 90 pour que la communauté internationale se rende compte que les accouchements qui se font en présence de personnel qualifié sont bien moins risqués, et que, lorsqu'un grave problème surgit, une femme enceinte devrait avoir accès à un centre de soins convenablement équipé. La fourniture de soins obstétricaux essentiels (EOC), tels que définis par l'OMS, est également un outil efficace qui s'attaque aux causes médicales de la mortalité maternelle. Les établissements (hôpitaux et centres de soins) peuvent, avec peu de moyens, être équipés pour fournir des EOC. Il faut garantir la présence de personnel qualifié, capable de faire face à des complications et à des urgences obstétriques (y compris les césariennes et les soins après l'avortement), 24 heures sur 24, et assurer l'approvisionnement en matériel et fournitures, surtout dans les zones rurales. Les urgences obstétriques doivent avoir la priorité à la salle d'opération et aux transfusions en sang non contaminé, et les services d'anesthésie doivent être disponibles 24 heures sur 24, surtout dans les centres qui fournissent les premiers niveaux de soins.

L'existence et l'accessibilité de soins de qualité sont un facteur important. Plusieurs études effectuées dans la Région démontrent que les femmes cessent d'utiliser les services où elles ont l'impression de ne pas avoir été traitées avec respect, où l'on n'a pas répondu à leurs besoins, et où la qualité des soins n'est pas acceptable. La prestation

de soins de qualité est un facteur important si l'on veut éviter des retards dans les traitements ou des occasions manquées de consulter.

5.3 *Responsabilisation des femmes, des familles et des collectivités*

La promotion, la responsabilisation des femmes, des familles et des collectivités, et l'éducation sont des stratégies clés pour amener les populations à réclamer davantage de soins maternels.

Les tentatives de responsabiliser les femmes visent à améliorer les ressources personnelles, comme les connaissances, les aptitudes cognitives et la capacité de faire des choix sains. Ces aptitudes peuvent être renforcées et améliorées pour les femmes, grâce au système éducatif (enseignement de base et enseignement pour adultes) et grâce à une meilleure interaction et communication avec le personnel qualifié. On doit également mettre à contribution le partenaire et la famille afin de créer un milieu plus favorable à la femme. Son partenaire et sa famille doivent participer à l'accouchement et à un plan de préparation en cas d'urgence. Ils doivent être conscients des signes de dangers qui peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum afin d'assurer une prise de décision opportune et une action rapide dans la recherche de soins appropriés.

L'organisation du transport et les plans de financement des soins de santé au niveau communautaire sont tout deux des actions positives qui favorisent un accès grandissant. Le fait d'assurer l'accès aux données sur la santé maternelle et néonatale à la collectivité, et l'implication de la collectivité dans l'amélioration de la qualité des soins sont des exemples de partenariats communautaires qui assurent la pérennité et viabilité du programme. Les collectivités qui participent activement aux programmes de santé maternelle veulent qu'ils réussissent et s'en sentent responsables. Cette approche est une partie intégrante du processus nécessaire pour améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle.

5.4 *Créer des partenariats et des coalitions*

La création d'un environnement favorable à la maternité sans risque passe par la collaboration et la coordination. Il convient donc de renforcer les capacités nationales et locales et de raffermir les engagements politiques à long terme.

Dans la Région, les efforts consentis par les pays se sont trouvés renforcés par une meilleure coordination des activités de divers groupes travaillant à la réduction de la mortalité maternelle. L'OPS assure le secrétariat technique du Groupe de travail régional inter-agences sur la mortalité maternelle, Ce groupe comprend notamment le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de

population (FNUAP), la Banque interaméricaine de développement (BID), la Banque mondiale, le Conseil démographique, Family Care International, et l'OPS. Fondé en 1999, le groupe se rencontre et collabore à intervalles réguliers. Tout dernièrement, il a préparé un document de consensus présentant une stratégie de réduction de la mortalité maternelle. Ce document a été examiné et revu par 14 États membres, qui avaient fait de la mortalité maternelle une priorité de leur gouvernement. Cette initiative collective s'est traduite par une meilleure coordination entre les programmes et les agences, et par une amélioration des échanges d'informations entre agences.

L'OPS a établi des relations avec des associations professionnelles, comme la Fédération latino-américaine des obstétriciens et des gynécologues. Un Protocole d'entente a été signé, qui prévoit que la Fédération accepte de contribuer à l'amélioration des programmes de santé génésique au niveau national. L'OPS collabore également avec la Confédération internationale des sages-femmes afin d'encourager les pays à appuyer et à coordonner les activités visant à réduire la mortalité maternelle et afin d'uniformiser les normes, les protocoles et les outils cliniques.

5.5 *Renforcer les systèmes de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles*

Le contrôle et l'évaluation des programmes sont indispensables à la poursuite et à l'intensification des efforts consentis pour réduire la mortalité maternelle. L'évaluation doit se faire aux niveaux local, national et régional. Les indicateurs et les données dont ils sont issus en sont les principaux outils. La surveillance de la mortalité maternelle s'améliore également, et la mesure de la mortalité maternelle, surtout aux niveaux national et local, devrait pouvoir se faire dans les pays ALC. De plus en plus, des comités sont chargés de faire enquête sur la nature et les causes des décès maternels et, à partir de leurs conclusions, de recommander des mesures à prendre.

Les enquêtes sur les décès maternels, les soins dispensés et les obstacles aux soins sont des techniques relativement nouvelles, qui ne sont pas encore pleinement utilisées dans les pays en développement. Ces audits doivent se faire à tous les niveaux du système de santé. Il importe de signaler qu'un audit ne sert pas à grand-chose si l'on n'en communique pas les résultats aux individus, aux collectivités et aux organisations susceptibles d'utiliser les données pour prôner des améliorations aux politiques ou aux services de santé.

Dans les hôpitaux de district de la Jamaïque, c'est dans les services de santé où le rendement brut était bien inférieur au niveau optimal, comme c'était le cas pour la comptabilité, la distribution des médicaments et la surveillance clinique, que le recours à des audits pour la gestion des complications obstétriques graves a donné lieu aux améliorations les plus importantes.

5.6 *Le financement des soins de santé génésique dans le contexte de la réforme du secteur de la santé*

Les études portant sur le coût des services de santé maternelle indiquent que, pour la plupart des interventions, il est plus économique de dispenser les soins au niveau des soins de santé primaires. Il est donc tout à fait rentable d'équiper les centres de santé pour qu'ils puissent fournir les soins obstétricaux essentiels (EOC). C'est une constatation importante, d'autant plus que ce sont les femmes démunies des collectivités rurales isolées qui souffrent le plus de l'absence d'EOC et qui, par conséquent, risquent le plus de mourir en couches. Pour améliorer les soins de santé maternelle dans les pays en développement, le modèle retenu pour le financement des soins de santé doit en faciliter l'accès et garantir la qualité du service, non seulement des services de santé essentiels mais aussi des services d'aiguillage et de transport. Le mot clé est la viabilité financière.

Les coûts de la santé sont un facteur déterminant dans la décision de recourir à ces services. On a constaté, dans certains endroits, que les nouveaux modèles de financement prévoyant des formes différentes de recouvrement des coûts des services de santé dissuadent les gens, surtout les plus pauvres, d'utiliser ces services. Certains pays, notamment la Bolivie, l'Équateur et le Pérou, mettent en place, dans le cadre de leur réforme du secteur de la santé, un système d'assurance universelle pour les soins maternels. Il est encore trop tôt pour savoir si cela contribuera à réduire la mortalité maternelle, mais il est évident que les coûts ont un effet dissuasif sur beaucoup de gens, si l'on en juge par l'augmentation du nombre d'accouchements en établissement depuis la mise en œuvre de ces mesures.

Le programme d'assurance nationale de la Bolivie pour les femmes et les enfants est un exemple de programme de financement décentralisé. Mis en œuvre en 1996, il permet de dispenser gratuitement des soins médicaux essentiels aux femmes en âge de procréer, aux nouveau-nés et aux enfants jusqu'à cinq ans. Il couvre certains besoins prioritaires comme les soins prénatals et à l'accouchement. Les services sont remboursés au fur et à mesure par le gouvernement municipal. On estime que 20% des revenus nationaux vont aux municipalités, dont 85% sont consacrés à des "investissements"; que 3,2% de ces investissements sont versés dans un Fonds local compensatoire, qui rembourse les réclamations du *Seguro Nacional de Maternidad y Niñez* (SNMN). En 1998, on a mis sur pied le *Seguro Básico*, pour inclure d'autres services comme les complications après l'avortement, les infections transmises sexuellement, et les soins après l'avortement. Il est difficile d'avoir des données précises sur la santé maternelle et sur les indicateurs de santé maternelle en Bolivie, mais on sait que la mise en œuvre du SNMN s'est traduite par un recours accru aux services de santé maternelle (de 16% à 39% pour les soins prénatals, et de 43% à 50% pour les soins à l'accouchement).

6. Considérations financières

6.1 *États membres*

L'OMS et la Banque mondiale ont estimé qu'il en coûterait environ US\$ 2,60 par personne par an, dans un pays à faibles revenus, pour fournir un ensemble de services de santé pour la mère et le nouveau-né. Ces coûts couvrent essentiellement (68%) les services de santé maternelle, mais ils comprennent également la planification familiale post-partum et les soins prénatals de base, ainsi que la promotion des préservatifs pour prévenir les infections sexuellement transmissibles. Fournir des services de santé maternelle efficaces requiert une meilleure infrastructure et des services de maternité mais pas nécessairement de nouveaux centres.

6.2 *Le Bureau*

L'OPS a prévu des ressources pour la réduction de la mortalité maternelle aux niveaux régional et national. Les pays de la Région ont besoin de ressources financières supplémentaires pour mettre sur pied des interventions factuelles proposées. Pour pouvoir assurer la mise en œuvre de la stratégie en 2002 et au-delà, le Secrétariat prévoit avoir besoin d'au moins \$850 000 de plus tous les deux ans pour les activités reliées à la coopération technique et les ressources humaines.

7. *Grandes questions à débattre*

Les faits sont là : on peut prévenir la mortalité maternelle; on connaît les interventions efficaces; et on sait qu'en investissant dans la maternité sans risque, on contribue à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles. Pour ramener les rapports de mortalité maternelle nationaux à moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes, les pays ALC doivent s'intéresser principalement aux secteurs suivants :

- Les interventions relatives à la maternité sans risque comptent parmi les plus rentables dans le secteur de la santé. Pour offrir des soins de santé maternelle efficaces, l'établissement doit avoir une infrastructure capable d'intégrer des services obstétriques de base et d'urgence. Dans la plupart des pays, on peut obtenir le maximum de résultats avec des interventions visant à améliorer les centres de santé communautaires et les hôpitaux de district existants, notamment en inculquant aux agents de santé les techniques d'accouchement, surtout les infirmières et le personnel des salles d'accouchement, et en achetant les équipements et fournitures obstétriques essentiels. En général, le coût est minimal et la viabilité, optimale lorsque les programmes utilisent les capacités existantes. Il faut identifier les obstacles qui empêchent un financement plus équitable et plus viable des services de santé maternelle, surtout en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle.

- L'intervention la plus essentielle à une maternité sans risque est la présence d'une accoucheuse qualifiée au moment de l'accouchement, et l'existence d'un moyen de transport en cas d'urgence. On peut même aller jusqu'à définir le contexte dans lequel ces accoucheuses qualifiées doivent opérer ainsi que les influences socioculturelles.
- Il faut prendre les dispositions nécessaires pour que des accoucheuses qualifiées soient présentes au moment de l'accouchement, et qu'elles aient les moyens d'intervenir, surtout dans les régions mal desservies comme les zones rurales.
- Les urgences maternelles sont extrêmement difficiles à prévoir. Par conséquent, toutes les femmes doivent pouvoir recourir à des soins obstétriques essentiels (EOC). Les directives émises conjointement en 1997 par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP recommandaient que, pour 500 000 personnes, il y ait quatre centres d'EOC de premier niveau et un centre d'EOC de deuxième niveau. Vu les efforts déployés dans le cadre des réformes, il est possible d'intégrer les EOC dans les améliorations apportées au financement, à la qualité, à l'organisation et aux systèmes de gestion. Les États membres devraient identifier et mettre en œuvre des stratégies visant à offrir davantage d'EOC dès le premier aiguillage des patientes, avec les équipements de transfusion sanguine, de chirurgie et d'anesthésie, et le personnel qualifié pour soigner de graves complications obstétriques.
- De grandes disparités persistent en matière d'accès aux soins maternels entre les femmes pauvres et les femmes riches, entre les femmes des zones urbaines et celles des zones rurales, entre les femmes instruites et celles qui ne le sont pas. Bon nombre de femmes disent du personnel soignant conventionnel qu'il est insensible à leurs valeurs et à leurs traditions culturelles. C'est pour cela qu'elles sont nombreuses à préférer s'en remettre à des membres de la famille ou à des aides-accoucheuses pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins post-partum. Mais elles courent alors davantage de risques car, lorsqu'il s'agit de détecter des risques de complications ou de les soigner, la consultation tardive d'un professionnel peut être fatale.
- Les États membres sont vivement invités à reconnaître que la santé maternelle est d'une importance critique pour l'ensemble de la santé publique. Pour améliorer la santé maternelle, il faut : a) faire participer les femmes et les collectivités à la conception et à l'évaluation des services, afin que ceux-ci répondent bien aux besoins locaux; b) faire participer les collectivités aux efforts visant à améliorer l'accès des femmes à des soins maternels culturellement acceptables; et c) donner aux collectivités, aux familles et aux femmes le pouvoir de prendre les mesures nécessaires pour garantir une maternité sans risque. Cela devrait se faire dans le cadre d'une politique gouvernementale de promotion de la santé.

- Les partenaires dans le développement doivent, à tous les niveaux, contribuer à la conception et à la mise en œuvre de programmes visant à réduire le nombre de décès de femmes enceintes. La confiance mutuelle, la transparence et le développement des capacités doivent caractériser les partenariats. Les gouvernements nationaux et locaux, les services de santé, les associations professionnelles, les organisations de femmes et les autres ONG doivent être invités, à titre de partenaires essentiels, à se mobiliser dans la lutte contre la mortalité maternelle. La collaboration inter-agences est essentielle à la promotion et à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle, et il faut s'assurer qu'elle existe.

8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

Compte tenu des informations présentées dans ce rapport au sujet de la mortalité maternelle dans la Région des Amériques, la Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à envisager les mesures suivantes :

- Recommander des mécanismes visant à s'assurer que les États membres s'engagent dans une orientation et des programmes à long terme, avec le soutien financier nécessaire, afin d'améliorer l'efficacité des initiatives prises dans le contexte d'une maternité sans risque;
- Analyser et évaluer les interventions factuelles proposées, qui sont destinées à réduire la mortalité maternelle;
- Examiner des stratégies visant à mobiliser pour le long terme les ressources techniques et financières nécessaires, aux niveaux national et régional, à la mise en œuvre des interventions axées sur une maternité sans risque;
- Demander au Bureau de suivre les progrès accomplis et de signaler toute réduction de la mortalité maternelle.

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à considérer la résolution CE 130.R10, en annexe, recommandée par le Comité exécutif.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 24-28 juin 2002

Annexe

RÉSOLUTION

CE130.R10

STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ MATERNELLES

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/16, Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles,

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/14 « Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles »;

Consciente du taux inutilement élevé de mortalité des femmes en conséquence de complications de la grossesse et de l'accouchement ; et

Tenant compte du fait que les résultats de la recherche et l'expérience pratique ont démontré que des interventions spécifiques comme les soins obstétriques essentiels (SOE) et une assistance qualifiée à l'accouchement peuvent réduire l'incidence et la gravité des complications importantes apparentées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum pour les mères et leurs nouveaux-nés,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - (a) d'adopter l'objectif établi dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies de réduire, pour l'an 2015, de 75% les taux de mortalité maternelle par rapport à leurs niveaux de 1990, ainsi que d'améliorer les taux dans les pays, en particulier les disparités urbaines et rurales;
 - (b) d'adopter et d'appuyer les interventions fondées sur des preuves scientifiques telles que les soins obstétricaux essentiels et une assistance qualifiée à l'accouchement, afin de réduire la mortalité maternelle;
 - (c) d'adhérer aux normes émises conjointement en 1997 par l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, recommandant que pour chaque 500.000 habitants il y ait quatre établissements offrant des soins obstétricaux de base et un établissement offrant une assistance obstétrique intégrale;
 - (d) d'adopter et d'appuyer des interventions de promotion de la santé fondées sur des preuves scientifiques de sorte que les femmes, les familles et les communautés puissent prendre des dispositions en cas de complications obstétriques, identifier les problèmes en temps voulu et y répondre de manière appropriée;
 - (e) forger des partenariats clés entre les gouvernements locaux et nationaux, les services de soins de santé, les associations professionnelles, les organisations de femmes et autres organisations non gouvernementales, afin d'améliorer les efforts pour réduire la mortalité maternelle, outre assurer la collaboration interinstitutionnelle lors de la promotion et de la mise en œuvre de stratégies de réduction de la mortalité maternelle.
2. De demander au Directeur :
 - (a) d'appuyer l'établissement et la mise en application de mécanismes destinés à renforcer les systèmes d'information et de surveillance pour suivre de près les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle;
 - (b) de formuler des mécanismes pour aider les États membres à prendre un engagement sur le long terme, à la fois politique et programmatique, comprenant l'appui financier dans la mesure des ressources disponibles, à mettre en application des interventions actualisées de maternité sans risque et des stratégies de réduction de la mortalité maternelle.