

## MISE À JOUR 2004 SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE :

# ● ● ● ● ● accoucher en de bonnes mains



## Table des matières

Préface	2
Remerciements	3
Liste des abréviations	3
Messages-clés relatifs à l'accouchement assisté par du personnel de santé qualifié	5
Définitions	7
Progrès réalisés dans la lutte pour sauver la vie des mères	9
Importance de l'assistance qualifiée à l'accouchement	14
Définition de l'assistance qualifiée à l'accouchement	17
Les mesures à prendre	24
Annexe	31

Depuis 1998, l'UNFPA publie chaque année une « mise à jour » de la mortalité maternelle. Ce bilan est utilisé pour la définition des stratégies, partenariats et projets visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans le monde en développement. La mise à jour 2002, réalisée avec la collaboration du Programme « Prévenir les décès et les invalidités maternels » (AMDD) de l'Université Columbia, analysait l'impact positif de l'élargissement de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence sur la réduction de la mortalité maternelle, ainsi que les stratégies et les expériences dans ce domaine. La mise à jour de cette année traite de la systématisation de l'accouchement par du personnel qualifié. Elle a été réalisée avec la collaboration des programmes de recherche *Skilled Attendance for Everyone (SAFE)* et *Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT)* du *Dugald Baird Centre for Research on Women's Health* spécialisé dans la recherche sur la santé des femmes à l'Université d'Aberdeen. Cette mise à jour, utile pour les programmes et les politiques en matière de santé, analyse la question de l'accouchement assisté par du personnel de santé qualifié. Elle sera distribuée aux bureaux de pays de l'UNFPA, aux équipes nationales d'appui aux projets, aux partenaires nationaux et internationaux, aux ONG, aux ministères de la santé, aux donateurs bilatéraux et multilatéraux, ainsi qu'à tous ceux qui souhaitent être informés des activités, au niveau mondial, de l'UNFPA sur la mortalité et la morbidité maternelles. Cette publication sera également affichée sur les sites Internet de l'UNFPA et de SAFE.

Crédits photos: ©Panos Pictures: Chris Sattlberger (couverture, page 8); ©UNICEF/HQ02-0570/Pirozzi (en haut, page 11); UNFPA/Kate Ramsey (page 4); UNFPA/Marie Dorigny (page 7); UNFPA/Teun Voeten (page 22); UNFPA/William Ryan (page 26); UNFPA/Teun Voeten (page 30);

# Préface

C'est au cours des dix dernières années que la lutte contre la mortalité maternelle est passée de l'arrière-plan au devant de la scène internationale. De plus en plus, la mortalité maternelle est considérée non seulement comme un problème de santé mais également comme une atteinte aux droits de la personne humaine. L'Initiative pour une maternité sans risque s'attaque aux inégalités entre le Nord et le Sud qui rendent les femmes des pays pauvres extrêmement vulnérables à la mortalité maternelle.

Il est de plus en plus admis que la protection de la mère est une condition sous-jacente impérative au développement social et économique. L'inclusion de la réduction de la mortalité maternelle comme Objectif 5 du Millénaire pour le développement atteste de l'engagement de la communauté internationale sur cette question. Cependant, si les moyens d'éviter ce drame sont de mieux en mieux connus, la mortalité et la morbidité maternelles restent un problème très préoccupant dans pratiquement tout le monde en développement. L'UNFPA préconise, pour sauver la vie des femmes, une stratégie en trois volets – *services contraceptifs* pour éviter les grossesses non désirées; assistance systématique à l'accouchement par du personnel qualifié; accessibilité universelle aux *soins obstétricaux d'urgence* en cas de complications durant la grossesse ou l'accouchement.

La présente publication examine la relation intrinsèque entre l'assistance qualifiée à l'accouchement et la baisse de la mortalité maternelle. L'assistance qualifiée à l'accouchement donne, en cas d'accouchement difficile mettant la vie de la femme en danger, une meilleure chance de recevoir à temps les soins obstétricaux d'urgence requis. Le livret d'accompagnement au présent document « *Accoucher en de bonnes mains : rapports des activités sur le terrain* » est consacré aux politiques et activités menées dans différents pays par l'UNFPA et SAFE pour systématiser l'accouchement assisté par du personnel qualifié.

La systématisation, au niveau national, de l'accouchement par du personnel qualifié est souvent le résultat d'une étroite collaboration entre ministère de la santé, ONG, universités, associations professionnelles, groupes communautaires et organisations internationales. Ces partenariats sont également utiles pour intégrer les soins qualifiés à l'accouchement et les services de santé maternelle dans les programmes nationaux de santé de la procréation.

La collaboration d'acteurs d'horizons variés permet également de tenir compte des différentes maladies graves, comme le VIH/sida et le paludisme, qui influent de plus en plus sur la mortalité maternelle. La collaboration entre l'UNFPA, SAFE et IMMPACT dans le cadre de la présente publication prouve l'efficacité de ce type de partenariat. La prochaine étape sera la mise en place du nouveau partenariat pour la santé de la mère et du nouveau-né qui permettra d'élargir le champ d'intervention en s'intéressant également aux nourrissons et en faisant appel à de nouveaux partenaires.

Depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour réduire la mortalité maternelle il y a 15 ans, les stratégies de l'UNFPA ont évolué. Grâce à l'expérience acquise avec ce programme, les approches efficaces et celles qui ne le sont pas sont maintenant connues. Sur la base de ces acquis, nous devons maintenant mobiliser les volontés et les ressources nécessaires pour réaliser l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire la mortalité maternelle de 75 % de 1990 à 2015. Il est temps d'unir nos efforts pour assurer à toutes les femmes une maternité sans risque.



Mari Simonen  
Directrice  
Division de l'appui technique, UNFPA



Wendy Graham, Directrice  
Dugald Baird Centre for Research on Women's  
Health, Université d'Aberdeen

# Remerciements

La contribution de l'UNFPA à la présente publication a été préparée et coordonnée par Siri Suh, Vincent Fauveau et France Donnay de la Division de l'appui technique. La correction d'épreuve a été assurée par Janet Jensen. Les divisions géographiques du siège de l'UNFPA, le personnel des bureaux de pays et des services d'appui aux projets de l'UNFPA, ainsi que les membres de l'équipe chargée des soins obstétricaux d'urgence, ont fourni des commentaires, des suggestions et des informations précieuses lors des multiples révisions qui ont abouti à la rédaction définitive du document.

L'Université d'Aberdeen a contribué à la préparation du présent document dans le cadre de deux programmes de recherche internationaux - SAFE (*Skilled Attendance for Everyone*) et IMMFACT (*Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment*). Cette contribution a été coordonnée par Julia Hussein et Birgit Jentsch. De nombreux particuliers, organisations et pays ont participé aux activités sur le terrain du programme SAFE. En outre, nous tenons à remercier les membres de l'équipe de SAFE pour leur assistance. La liste de leurs noms et de leurs organisations est jointe en annexe.

Un manuel pour la mise au point de stratégies a été conçu par SAFE pour aider les gestionnaires de programme à collecter et interpréter systématiquement l'information relative à l'accouchement par du personnel qualifié. Il est disponible gratuitement à l'adresse [www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe).

## Abréviations

SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
AD	Division de l'Afrique
APD	Division de l'Asie et du Pacifique
DAAE	Division des États arabes et de l'Europe
SOU	soins obstétricaux d'urgence
EOC	soins obstétricaux essentiels
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	organisation non gouvernementale
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
MST	maladie sexuellement transmissible

## Entités, organisations et programmes

AMDD	Prévenir les décès et les invalidités maternels (Université Columbia)
BAoD	Banque asiatique de développement
BID	Banque interaméricaine de développement
CISF (ICM)	Confédération internationale des sages-femmes
FCI	Family Care International
FHI	Family Health International
FIGO	Fédération Internationale de gynécologie et d'obstétrique
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IMMPACT	Initiative d'évaluation de la mortalité maternelle
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAHO	Organisation panaméricaine de la santé
SAFE	Skilled Attendance for Everyone
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agency for International Development des États-Unis



# Accoucher en de bonnes mains : messages-clés relatifs à l'accouchement assisté par du personnel de santé qualifié

## La mortalité maternelle

- La mortalité maternelle est l'indicateur de santé montrant la plus grande disparité entre les pays en développement et les pays développés. Pratiquement tous les décès liés à la grossesse et à l'accouchement (95 %) se produisent en Afrique et en Asie. En Afrique subsaharienne les femmes ont une chance sur 12 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement contre une chance sur 4 000 dans les pays riches (PAGE 11).
- Les cinq causes directement responsables d'environ deux tiers des décès liés à l'accouchement ou à la grossesse sont les hémorragies, les dystocies, l'éclampsie (hypertension due à la grossesse), les infections et les complications des avortements (PAGE 9).
- Si l'on considère que 15 % des femmes enceintes présentent un risque de complication, cela signifie que toutes les grossesses doivent être considérées comme potentiellement à risque, car il est pratiquement impossible de déterminer à l'avance quelles femmes présenteront des complications. Cependant, les cinq complications les plus dangereuses pour la vie de la femme peuvent être traitées par un personnel qualifié professionnel qui peut ainsi sauver la vie de la mère et de son enfant. Être prêt à tout moment à traiter les complications est la clé de la sauvegarde de la mère et du nouveau-né. C'est pourquoi une assistance médicale qualifiée est indispensable pour tous les accouchements (PAGE 10).

## L'indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

- Le cinquième objectif du Millénaire pour le développement (2000) porte sur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles. La proportion des accouchements pratiqués par un personnel de santé qualifié (sage-femme, infirmière accoucheuse, médecin) est l'un des indicateurs utilisés pour mesurer les progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif (PAGE 13).
- Les données utilisées pour calculer cet indicateur sont disponibles dans de nombreux pays mais la méthode utilisée pour leur collecte varie selon les pays, ce qui peut présenter des incohérences dans l'interprétation de cet indicateur. En outre, cet indicateur ne prend pas en compte le cadre de l'accouchement (PAGE 13).

## L'importance d'une assistance qualifiée

- Les données historiques montrent que les pays ayant réussi à réduire leur mortalité maternelle sont ceux qui ont réussi à assurer l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans un centre de santé approprié. Cela vaut pour les pays développés (ex : Japon, Pays-Bas, Royaume Uni, Suède) et les pays en développement (ex : Chine, Costa Rica, Égypte, Indonésie, Jordanie, Malaisie, Mexique, Sri Lanka, Thaïlande) (PAGE 14).
- Dans les pays en développement, il y a une relation inversement proportionnelle entre les accouchements par un personnel de santé qualifié et la mortalité maternelle : plus il y a d'accouchements assistés par du personnel qualifié, moins il y a de décès maternels (PAGE 15).
- Dans le monde en développement, de plus en plus fréquemment les complications liées au VIH/sida ou au paludisme sont des causes indirectes de la mortalité et de la morbidité maternelles. Les services de santé maternelle

constituent un point d'entrée stratégique pour traiter à la fois le paludisme et le VIH/sida chez les femmes enceintes (PAGE 12).

- L'accouchement par un personnel de santé qualifié et les soins obstétricaux d'urgence permettent de sauver la vie de milliers de femmes mais aussi de nouveau-nés. Chaque année 1,5 million de nouveaux-nés meurent dans la première semaine de la vie : un grande partie pourraient être sauvés grâce à l'assistance qualifiée à l'accouchement permettant la prestation des soins obstétricaux d'urgence. (PAGE 16).

## La route à suivre

- Pratiquement tous les cas de mortalité maternelle pourraient être évités. Par conséquent, le décès d'une femme au cours de sa grossesse ou de l'accouchement est une violation de son droit à la santé et à la vie. Une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle basée sur le respect des droits fondamentaux engage les gouvernements à systématiser l'accouchement par un personnel soignant qualifié et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Cette approche encourage également le respect de la dignité de la femme et son traitement équitable dans le système de santé (PAGES 10-11).

- Pour améliorer l'assistance qualifiée à l'accouchement, il est nécessaire d'investir dans les ressources humaines. Les questions à traiter dans ce domaine sont notamment l'exode des compétences, les salaires et les avantages du personnel de santé, la supervision et la gestion et la formation continue (PAGE 24).

- Le VIH/sida, dans les pays où la population est fortement touchée, doit être traité non seulement au niveau de la santé publique mais aussi des ressources humaines. Les agents de santé qualifiés doivent être encouragés à prendre les précautions requises pour se protéger (PAGE 25).

- Les accoucheuses traditionnelles, étant donné l'estime dont elles bénéficient au sein de leur communauté, peuvent, si elles sont correctement reliées au système de santé officiel, inciter les femmes à recourir à une assistance qualifiée pour leur accouchement. Il n'y a pas d'évidence convaincante de l'impact qu'a pu jouer la formation technique des accoucheuses traditionnelles sur la mortalité maternelle, c'est pourquoi les programmes de systématisation de l'accouchement par du personnel de santé qualifié devraient insister sur le rôle social que les accoucheuses traditionnelles peuvent jouer plutôt que sur le renforcement de leurs compétences techniques (PAGES 22-23).

- La systématisation de l'accouchement assisté par du personnel de santé qualifié passe d'abord par l'amélioration de la qualité des services fournis par les centres de santé à tous les niveaux. Lorsque les centres fournissent des services de qualité, tant sur le plan technique que sur le plan des relations humaines et de l'accès financier, leur fréquentation augmente et les familles leur font de plus en plus confiance. De plus, les méthodes de mesure pour analyser les progrès doivent être améliorées et intégrées dans les programmes de formation (PAGE 25).

- Il n'y a pas une seule et unique méthode pour systématiser l'assistance qualifiée à l'accouchement. Les stratégies doivent être adaptées aux contextes locaux. Mais quelle que soit la méthode choisie, l'objectif doit toujours être d'assurer le bon déroulement de l'accouchement normal et de fournir systématiquement les soins obstétricaux d'urgence de qualité requis en cas de complication (PAGE 24).

## Définitions

Par personnel **qualifié** on entend un personnel de santé diplômé (sage-femme, infirmière-accoucheuse, ou médecin) qui, grâce à la formation qu'il/elle a reçue, peut pratiquer en toute sécurité les accouchements normaux, diagnostiquer les complications obstétricales et les prendre en charge ou transférer la parturiente vers un niveau de soins supérieur. Dans des conditions idéales, ce personnel qualifié appartient à la communauté qu'il/elle sert et vit avec elle. Il/elle est capable de d'assumer les fonctions obstétricales d'urgence de base, d'engager un traitement et de superviser le transfert de la mère et du nourrisson vers un niveau supérieur lorsque les soins requis dépassent sa compétence ou ne peuvent pas être dispensés sur place.

Par **assistance qualifiée** on entend les soins fournis par un personnel de santé qualifié dans un environnement **porteur**, ou un système de santé qui puisse fournir les soins requis pour les soins obstétricaux d'urgence appropriés en cas d'accouchement compliqué.

L'expression **soins qualifiés** est synonyme de « assistance qualifiée ».

Par **environnement porteur** on entend un système de santé suffisamment performant pour fournir au personnel de santé qualifié le support nécessaire à un accouchement normal et pour assurer systématiquement, dans les plus brefs délais, les soins obstétricaux d'urgence appropriés en cas de complication. Cela signifie essentiellement un système de santé en état de fonctionner grâce aux équipements et aux fournitures nécessaires, à des infrastructures et des systèmes de communication et de transport efficaces, à l'approvisionnement en eau et en électricité requis, à une politique des ressources humaines, des systèmes de supervision et de gestion, des protocoles cliniques et des directives appropriés.

Par **accoucheuse traditionnelle** on entend une personne qui assiste les femmes de sa communauté au cours de leur grossesse et de leur accouchement. Les accoucheuses traditionnelles n'ont pas reçu la formation requise pour gérer les accouchements compliqués. En général, elles ne sont ni salariées ni appartiennent au système de santé officiel. Bien qu'elles soient tenues en grande estime par les membres de leur communauté, et souvent les seules personnes disponibles pour assister à l'accouchement, *elles ne devraient pas être incluses dans la définition du personnel de santé qualifié utilisée pour calculer l'indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement.*





# Les progrès réalisés dans la lutte pour sauver la vie des mères

S'assurer que les accouchements sont systématiquement pratiqués par un personnel de santé ayant une compétence obstétricale et qu'un transport d'urgence est possible pour un transfert à un niveau de soins supérieur si nécessaire est peut-être la meilleure stratégie pour une maternité sans risque.

– CONSULTATION TECHNIQUE SUR LA MATERNITÉ SANS RISQUE, COLOMBO (SRI LANKA)

Chaque minute une femme meurt en couches ou des complications de sa grossesse. La majorité des 529 000 décès annuels pour causes maternelles a lieu dans les pays en développement. Pour chaque femme qui meurt à l'accouchement ou des suites de sa grossesse, 30 autres souffriront toute leur vie de maladies chroniques ou invalidantes comme la fistule obstétricale.

Le décès ou l'invalidité d'une mère peut plonger une famille déjà pauvre dans le désespoir, aggraver sa misère et mettre la vie de ses enfants en danger. Ce décès peut avoir des répercussions sur toute la communauté.

Ce drame pourrait être évité. L'hémorragie, la dystocie, l'infection, l'éclampsie et les complications résultant d'un avortement sont les principales causes de la mortalité maternelle. Cependant, une proportion croissante des décès est due à des causes indirectes et non obstétricales comme les maladies infectieuses (VIH/sida, paludisme, tuberculose et hépatite), les maladies chroniques (maladies du cœur, des poumons ou des reins), la violence sexuelle et les multiples obstacles auxquels sont confrontées les femmes enceintes ayant besoin d'un traitement d'urgence. Si toutes les complications possibles au cours de la grossesse et de l'accouchement ne peuvent ni être prévues ni évitées, toutes peuvent néanmoins être traitées.

Nous savons que les interventions d'urgence permettent de sauver la vie des femmes souffrant de complications. Dans les pays industrialisés où les femmes peuvent compter sur une assistance sanitaire qualifiée et des soins obstétricaux d'urgence à l'accouchement, la mortalité maternelle est faible. Par contre, dans les pays en

développement, le taux de mortalité maternelle est très élevé, dû principalement aux systèmes de santé déficients et au désintérêt politique et social.

La survie et le bien-être de la mère constituent un droit fondamental de la personne, et les garantir est une obligation morale. Mais assurer la vie de la mère a aussi des répercussions positives énormes sur le développement socioéconomique. C'est pourquoi on s'intéresse de plus en plus à cette question depuis quelques années. Depuis le lancement à Nairobi (Kenya) en 1987 de l'Initiative pour une maternité sans risque<sup>1</sup> on la considère même comme étant prioritaire. Cet appel à la réduction de la mortalité maternelle a été repris par toutes les conférences internationales des années 90 et est un élément essentiel du Partenariat pour la santé de la mère et du nouveau-né créé en 2004.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (1994), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, de Beijing (1995) et les objectifs du Millénaire pour le développement (2000) ont aussi reconnu qu'assurer une maternité sans risque est essentiel pour le développement. Ces grandes conférences ont fixé deux objectifs : réduire le taux de mortalité maternelle de 75 % de 1990 à 2015 et, dans le même laps de temps, augmenter la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié à 90 %. Elles ont également reconnu que les décès et les invalidités résultant de la maternité étaient un fardeau très lourd pour les populations pauvres.

<sup>1</sup> FCI, FIGO, CISF, FIPF, Population Council, RRPMM, UNICEF, UNFPA, OMS et la Banque mondiale avaient participé au lancement.

gestion des établissements de santé et aux politiques nationales de la santé. Une approche fondée sur le respect des droits fondamentaux ne consiste pas seulement à appliquer les principes d'égalité et d'équité à ce que nous faisons pour réduire la mortalité maternelle, mais également à la façon dont nous le faisons<sup>2</sup>.

## Évolution du taux de mortalité maternelle dans le monde

D'après les dernières estimations<sup>3</sup>, environ 529 000 femmes sont mortes des complications liées à l'accouchement et à la grossesse en 2000. L'Asie et l'Afrique se partagent, pratiquement à égalité, 95 % de ces décès. Viennent ensuite l'Amérique latine et les Caraïbes avec 4 % (22 000), puis les régions les plus développées du monde avec moins de 1 % (2 500). Compte tenu des marges d'erreur extrêmement importantes, le nombre des décès liés à la maternité ou l'accouchement s'inscrit dans une fourchette allant de 277 000 à 817 000. Malgré une légère augmentation par rapport à 1995 (515 000 décès), il est impossible d'en déduire une réelle tendance à la hausse. Cependant, ces chiffres soulignent la nécessité de s'attaquer résolument aux causes de la mortalité maternelle.

Le ratio de mortalité maternelle représente le risque obstétrical associé à chaque grossesse. Il était estimé à 400 pour 100 000 naissances vivantes pour l'ensemble du monde en 2000<sup>3</sup>. C'est en Afrique qu'il est le plus élevé (830). Vient ensuite l'Asie (330), suivie par l'Océanie (240), l'Amérique latine et les Caraïbes (190), et enfin les pays développés (20). Mais ces estimations ne peuvent pas être utilisées pour faire une analyse statistique fiable de l'évolution du taux de mortalité maternelle, compte tenu des échantillons trop restreints, des intervalles de confiance trop larges et des changements dans les méthodes de calcul.

Les disparités au niveau des risques obstétricaux encourus par les femmes au cours de leur vie sont énormes. En Afrique subsaharienne, le risque cumulé de décès des suites de la maternité ou de l'accouchement au cours d'une vie peut être de 1 sur 16, contre 1 sur 4 000 dans les pays riches.

Les adolescentes sont particulièrement menacées.



Dans le monde entier, les complications obstétricales sont les principales causes de décès chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans. Cela est principalement dû aux complications à l'accouchement et aux avortements non médicalisés. Pour des raisons physiologiques et sociales, le risque de mourir en couches est deux fois plus grand entre 15 et 19 ans qu'après 20 ans. Avant 15 ans ce risque est cinq fois plus grand que chez les plus de 20 ans.

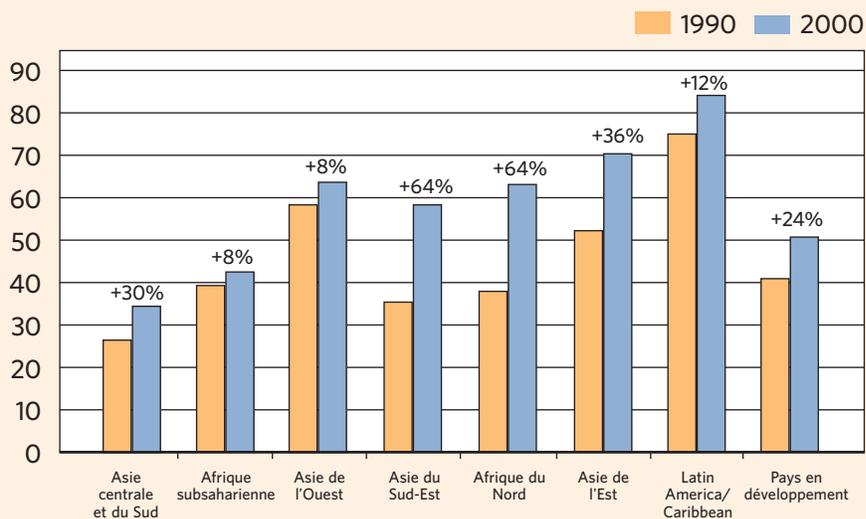
## Évolution de la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié (médecin, infirmière accoucheuse ou sage-femme)

La proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié a énormément augmenté dans le monde en développement, entre 1990 et 2000. Elle est passée de 42 à 52 %, ce qui représente une augmentation de 24 % pour l'ensemble du monde en développement. C'est en Asie du Sud-Est et en Afrique du Nord que cette augmentation a été la plus marquée (pratiquement 40 %). Cependant, un examen plus approfondi révèle une augmentation très faible entre 1990 et 2000 dans les régions de l'Afrique subsaharienne et l'Asie de l'Ouest où la situation était la plus grave (larges populations et taux de mortalité maternelle élevé)

2 Freedman L (2001). Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy. *Journal international de gynécologie et d'obstétrique* 75, p.51-60.

3 OMS(2004). La mortalité maternelle en 2000 : Évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Genève, OMS.

**FIGURE 1 - ÉVOLUTION DE LA PROPORTION D'ACCOUchemENTS PAR DU PERSONNEL SOIGNANT QUALIFIÉ 1990-2000**



D'après les données recueillies dans 61 pays et couvrant 75 % de naissances pays en développement

(d'après DHS - MACRO INTERNATIONAL)

## Les enseignements du passé

Le 10<sup>e</sup> anniversaire de la CIPD a donné l'occasion de s'interroger sur les faibles progrès enregistrés dans la réduction de la mortalité maternelle depuis la Conférence et d'encourager le recentrage des programmes nationaux pour une maternité sans risque. Ce changement d'orientation, qui a des implications importantes au niveau des politiques et des ressources, est indispensable pour parvenir aux objectifs internationaux d'ici à 2015.

Certains pays ont fait des progrès notables, mais il reste inacceptable qu'autant de femmes, tout particulièrement en Afrique et en Asie, continuent de mourir en couches. En dépit des nombreux efforts pour améliorer la situation, les progrès sont irréguliers et dans certains cas la situation a empiré. Les causes en sont multiples : parfois les gouvernements ne s'intéressent pas suffisamment à la question et souvent la santé des femmes ne fait pas partie des grandes priorités de la communauté. Il est courant que les femmes ne puissent pas choisir les soins obstétricaux qu'elles souhaitent. L'épidémie de VIH/sida a encore aggravé la situation en augmentant les grossesses et les accouchements à risque, en grevant lourdement les

budgets de la santé publique, en pratiquant des coupes sombres dans les effectifs du personnel de santé et en saturant les systèmes de santé. La pauvreté, les conflits, les catastrophes et autres situations d'urgence ont également exacerbé la situation dans de nombreux pays.

En outre, certaines stratégies de réduction de la mortalité maternelle se sont avérées inefficaces. Les initiatives de formation technique des accoucheuses traditionnelles n'ont guère aidé à réduire la mortalité maternelle, car ces femmes ne disposent pas d'un bagage médical suffisant pour traiter les complications obstétricales ni ne sont, la plupart du temps, reliées au système de santé officiel.

La détection précoce des grossesses à haut risque s'est également révélée une stratégie inefficace car en fait, toutes les grossesses sont potentiellement dangereuses. On estime que des complications risquant d'être mortelles et impossibles à prévoir peuvent survenir dans 15 % des grossesses. Il est souvent difficile de déterminer quelles

4 Graham W.J. et Hussein J. (2003). Measuring and Estimating Maternal Mortality in the Era of HIV/AIDS. ONU/POP/MORT/2003/8. New York, Division de la population du Secrétariat de l'ONU.

## L'INDICATEUR « PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ »

Le pourcentage d'accouchements par du personnel de santé qualifié a été reconnu au Sommet du Millénaire comme un des principaux indicateurs d'évaluation de la réduction de la mortalité maternelle. Ce type d'indicateur est extrêmement utile car les taux et ratios de mortalité maternelle sont difficiles à mesurer directement dans les pays où le problème est le plus préoccupant. Dans ces pays, les estimations de la mortalité maternelle accusent souvent de larges marges d'erreur et ne sont pas assez fiables pour définir une tendance à court terme. Les indicateurs de processus comme le pourcentage d'accouchements pratiqués par du personnel qualifié sont plus précis à ce niveau. Les données nécessaires pour calculer cet indicateur peuvent être facilement trouvées dans les Enquêtes démographiques et sanitaires réalisées tous les cinq ans dans 142 pays. Cependant, la simplicité apparente de l'indicateur ne doit pas faire oublier les aspects techniques et théoriques qui peuvent venir compliquer le dénombrement exact d'accouchements pratiqués par le personnel qualifié.

La qualification du personnel de santé n'exprime que partiellement la réalité complexe des soins obstétricaux. Elle ne permet pas de saisir exactement l'accès réel aux soins appropriés, en particulier lorsqu'il y a complication. L'une des principales difficultés du calcul et de l'interprétation de cet indicateur réside dans la définition du « personnel qualifié ». Souvent, les femmes interrogées ignorent la qualification de la personne ayant pratiqué l'accouchement. Cet indicateur est particulièrement difficile à calculer lorsqu'il n'existe pas de cadre spécifique de prestation de soins durant la grossesse et l'accouchement. Malgré les efforts de standardisation de la définition des différents prestataires de soins – médecin, infirmière accoucheuse, sage-femme – pour les enquêtes sur les ménages, de nombreux agents de santé comptabilisés comme « qualifiés » ne répondent probablement pas aux critères internationaux convenus (voir page 24)<sup>1</sup>.

La mise en place d'un système de santé performant est, sans conteste, une des meilleures stratégies pour réduire la mortalité maternelle. Or l'indicateur « personnel qualifié » n'indique pas si l'accouchement se produit dans un cadre de santé porteur prévoyant des soins obstétricaux d'urgence. Comme il est calculé d'après les données fournies par les enquêtes nationales, il peut aussi masquer certaines disparités dans l'accès aux soins entre régions, groupes ethniques ou groupes socioéconomiques<sup>2</sup>.

Il est également nécessaire d'améliorer les méthodes de suivi et d'évaluation des progrès pour pouvoir systématiser l'assistance qualifiée à l'accouchement. Des études complémentaires sont nécessaires pour améliorer le calcul et l'interprétation de l'indicateur « personnel qualifié », notamment pour trouver des méthodes de calcul plus précises.

1 OMS (2004). Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. A joint OMS/ICM/FIGO Statement. OMS, Genève.

2 Abou Zahr C. et Wardlaw T. (2001). Maternal Mortality at the end of a decade: signs of progress? Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 79(6). OMS, Genève.

femmes auront un accouchement difficile. Cependant, si la plupart des complications obstétricales ne sont ni prévisibles ni évitables, la plupart des complications

graves de l'accouchement peuvent être traitées. C'est pourquoi il est nécessaire que l'accouchement soit pratiqué par

# L'importance de l'assistance qualifiée à l'accouchement

Insister sur l'accouchement par du personnel qualifié est nécessaire pour plusieurs raisons. La majorité des décès liés à la maternité se produisent au terme de la grossesse, ce qui prouve la nécessité d'intervenir rapidement et à temps, et ce que peut faire le personnel qualifié. Les principales complications causant la mortalité maternelle peuvent être résolues par une intervention médicale. C'est le cas pour les hémorragies graves, l'infection et l'éclampsie qui, la plupart du temps, peuvent être traitées par un personnel qualifié dans un centre de soins. Par contre, les accouchements par césarienne en cas de dystocie et les transfusions sanguines effectuées dans de bonnes conditions d'hygiène exigent des services spécialement équipés. Les données historiques et épidémiologiques prouvent également la nécessité d'une assistance qualifiée à l'accouchement. En outre, les accouchements par du personnel qualifié contribuent également à diminuer la mortalité infantile.

## La preuve par l'expérience

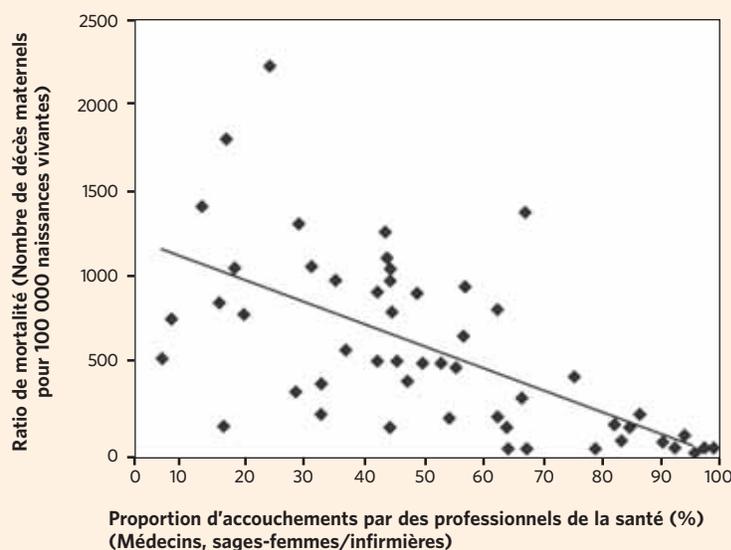
Les pays ayant développé l'accouchement par sage-femme ou médecin en milieu médical, en général à l'hôpital, ont réduit leur taux de mortalité maternelle. Au cours des 50 ou 60 dernières années, la Malaisie et Sri Lanka ont enregistré une baisse du taux de mortalité maternelle grâce à l'élargissement de l'accès aux soins de santé dans les zones rurales et au déploiement de sages-femmes professionnelles. Plus récemment, la Chine, le Costa Rica, l'Égypte, l'Indonésie, la Jamaïque, la Jordanie, le Mexique et la Thaïlande ont également réussi à diminuer leur taux de mortalité maternelle en augmentant le nombre de personnels qualifiés et en améliorant le système de transfert en cas de complication nécessitant un traitement d'urgence.

En Chine, le développement des services publics de soins médicaux qualifiés dans les zones rurales entre 1960 et 1980 a permis une réduction importante de la mortalité maternelle. En Malaisie également, l'amélioration du

## PARTENARIAT POUR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Chaque année, plus de 7 millions d'enfants meurent avant leur premier anniversaire. Depuis le lancement de l'Initiative pour une maternité sans risque en 1987, nous avons beaucoup appris sur les liens entre la santé de la mère et celle du nouveau-né. Cependant, de nombreuses femmes et leurs nouveau-nés continuent de souffrir et de mourir inutilement. Le Partenariat pour la santé de la mère et du nouveau-né a été mis en place en janvier 2004. Il a pour but d'élargir l'initiative mondiale pour la santé et la survie des femmes et des nouveau-nés dans le monde en développement. Le partenariat, en se plaçant dans la perspective plus large de la réduction de la pauvreté et du respect de l'équité et des droits de l'homme, vise à supprimer les énormes disparités qui existent au niveau de la santé entre les populations rurales et les populations urbaines et entre les riches et les pauvres. Une telle coalition, en coordonnant les efforts des ONG, des instituts de recherche, des gouvernements, des donateurs et des organisations internationales, ne peut que faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le partenariat rassemble des ONG qui souvent définissent les besoins en services, fournissent ces services et agissent auprès des politiciens et des gouvernements pour assurer leur disponibilité. Il permet aux instituts de recherche de tirer parti des interactions étroites entre les différents partenaires pour les enseignements des données d'expérience et leur diffusion. Enfin, il donne aussi aux donateurs, fonds et organisations régionales et mondiales la possibilité de maximiser la mobilisation des ressources et de coordonner leurs efforts. Toutes les organisations oeuvrant pour la santé de la mère et/ou du nouveau-né peuvent adhérer au partenariat. Pour tout complément d'information, consulter le site Internet de « Pour une maternité sans risque » à l'adresse suivante : [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

**FIGURE 2: RELATION ENTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LE POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENTS PAR DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ POUR 57 PAYS EN DEVELOPPEMENT ~1995**



SOURCE: Université d'Aberdeen

système de santé dans les zones rurales a permis d'augmenter le nombre d'accouchements par accoucheuses qualifiées salariées. Depuis les années 80, un système de transfert étroitement supervisé, couplé avec un réseau de transports gratuits, a permis d'augmenter progressivement la proportion d'accouchements en milieu hospitalier. Cela a permis de réduire la mortalité maternelle d'autant. À Sri Lanka, dans la première moitié du XXe siècle, des accoucheuses ont été déployées dans tout le pays et des services de soins de santé établis dans les communautés rurales. En 1996, plus 94 % des accouchements se déroulaient en milieu hospitalier<sup>5</sup>. Cuba, l'Égypte, la Jamaïque et la Thaïlande ont également réduit la mortalité maternelle en opérant une transition réussie entre l'accouchement à domicile et l'accouchement en milieu hospitalier, en élargissant l'accès à l'assistance qualifiée à l'accouchement et en multipliant les services équipés pour les césariennes et les transfusions sanguines.

### La preuve épidémiologique

La relation inversement proportionnelle entre le taux de mortalité maternelle et le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié est une preuve supplémentaire de la nécessité d'une assistance qualifiée à l'accouchement (figure 2). En général, plus la proportion d'accouchements par du personnel qualifié augmente, plus le ratio de mortalité maternelle baisse. Dans pratiquement tous les pays où du personnel soignant qualifié pratique plus de 80 % des accouchements, le ratio de mortalité maternelle est inférieur à 200 pour 100 000 naissances vivantes.

Bien que la figure 2 indique une relation étroite entre les deux facteurs, il y a lieu d'être prudent dans l'interprétation de ces données, pour plusieurs raisons. Tout d'abord cette relation ne signifie pas nécessairement que l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié implique une réduction de la mortalité maternelle.

5 Koblinsky M.A., Campbell O. et Heichelhem J. (1999). Organizing Delivery Care: What Works for Safe Motherhood?. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 1977 (5), p.399-406.

D'autres facteurs difficilement quantifiables peuvent également intervenir. Ensuite, les données utilisées pour les deux indicateurs sont sujettes à caution. La difficulté à estimer la mortalité maternelle est bien connue. Enfin, les méthodes de collecte et d'interprétation des données n'assurent pas la fiabilité du calcul de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (voir section 4)<sup>6</sup>.

### **Des nourrissons en meilleure santé**

Cet objectif rejoint l'Objectif du Millénaire pour le développement relatif à la diminution de la mortalité infantile. En effet, la mortalité néonatale représente une très grande partie de la mortalité infantile – sur 4 millions de nourrissons qui meurent chaque année,

1,4 million ont moins d'une semaine. Ces décès sont souvent dus au manque de soins appropriés au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la période post-partum. Les accoucheuses qualifiées sont formées pour pouvoir dispenser les soins appropriés à la mère et à l'enfant au cours de l'accouchement, normal ou compliqué. Les complications obstétricales qui risquent le plus d'affecter le fœtus sont la dystocie, le travail prolongé et difficile, l'éclampsie, l'infection ou les hémorragies ante-partum. Un personnel de santé qualifié opérant dans un cadre de santé porteur, c'est-à-dire disposant de l'appui, de la supervision et de l'équipement nécessaires aux soins du nouveau-né, peut traiter toutes ces complications.

---

<sup>6</sup> Family Care International (2002). *Skilled Care During Childbirth: Livret d'information*. New York, FCI.

# Définition de l'assistance qualifiée à l'accouchement

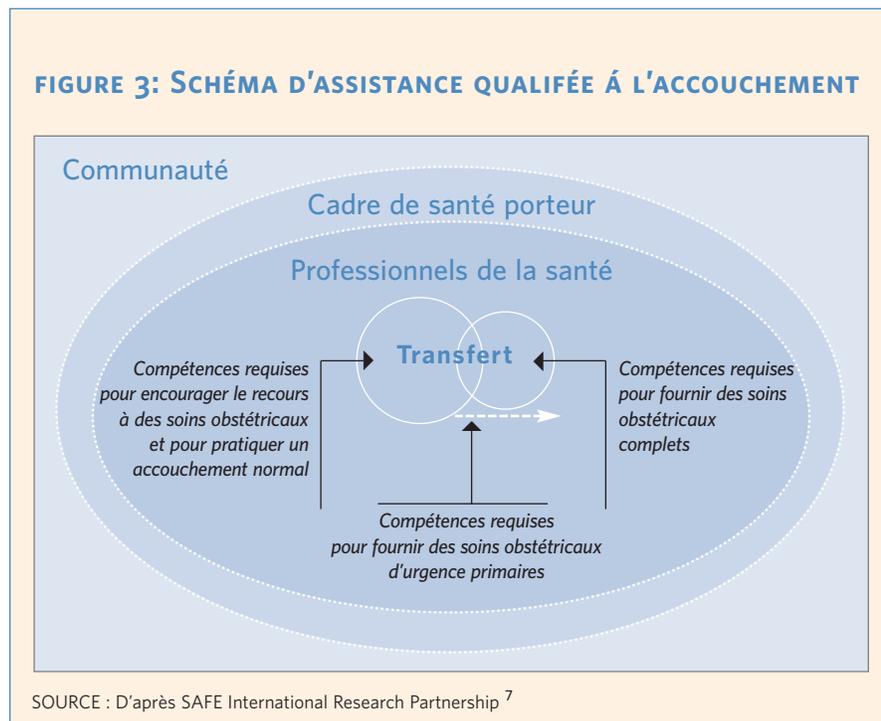
L'assistance qualifiée à l'accouchement, ou les soins qualifiés, comprennent tous les soins appropriés qu'une femme et son nouveau-né peuvent recevoir au cours, pour l'une, de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum et, pour l'autre, dès sa naissance, où que l'accouchement ait lieu. Le personnel doit avoir la compétence requise et travailler dans un cadre de santé porteur – réglementation et politiques, médicaments et autres produits, équipements et infrastructures, système de transport, de transfert, de communication – pour pouvoir assurer à la mère et au nourrisson les différents niveaux de soins requis.

– D'APRÈS *SKILLED CARE DURING CHILDBIRTH: INFORMATION BOOKLET*, PUBLIÉ PAR FAMILY CARE INTERNATIONAL, NEW YORK.

## Les éléments d'une assistance qualifiée

L'assistance qualifiée, comme l'indique la définition ci-dessus, signifie plus que la seule présence d'un professionnel de la santé médicalement formé. Le concept d'environnement porteur reconnaît implicitement que même les accouchements normaux doivent être pratiqués en étant prêt à l'éventualité de complications, afin de pouvoir les détecter dès leur apparition et transférer la patiente vers un niveau de soins supérieurs. Cette idée est clarifiée dans le schéma suivant :

**Communauté :** La communauté dans laquelle vit la femme enceinte est représentée par le cercle le plus excentré de la figure 3. La demande en soins qualifiés pour l'accouchement est influencée par la famille de la femme, la société dans laquelle elle vit, sa situation économique et sa culture. Au sein de la « communauté » telle que définie dans le schéma, la capacité et la volonté d'avoir recours à une assistance qualifiée peut varier. Pour certaines femmes, les accoucheuses traditionnelles sont la seule forme d'assistance dont elles peuvent bénéficier à l'accouchement. Les accoucheuses traditionnelles



Ce schéma replace l'assistance qualifiée à l'accouchement dans le contexte plus large de la mise en place d'un système de santé. Il insiste sur le fait que le recours à un professionnel de santé qualifié pour pratiquer l'accouchement n'est qu'une partie de la solution. Un système de santé performant, permettant de fournir les soins obstétricaux d'urgence requis, est également important. Les pointillés indiquent que l'assistance qualifiée est définie par une interaction entre la demande et les soins dispensés et qu'elle peut, grâce à la combinaison appropriée des facteurs requis, être fournie dans la communauté et non dans un centre de santé.

<sup>7</sup> Bell J., Hussein J., Jentsch B., Scotland G., Bullough C.H.W. et Graham W.J. (2003). Improving Skilled Attendance at Delivery: A Preliminary Report of the SAFE Strategy Development Tool. Birth 30(4), p.227-234.

étant très estimées dans les communautés, c'est à elles que de nombreuses femmes préfèrent s'adresser pour leur accouchement. En revanche, les accoucheuses traditionnelles peuvent influencer la demande en soins obstétricaux plus spécialisés et le transfert des femmes dans ces services.

**Environnement porteur :** Le cercle extérieur représente le système de santé. Un environnement porteur englobe les politiques et le cadre réglementaire appropriés pour assurer une maternité sans risque, des interventions de soutien efficaces, des protocoles et des normes de soins pour la mère et le nouveau-né. Les associations professionnelles jouent souvent un rôle important dans la création de l'environnement porteur en conseillant les gouvernements pour l'élaboration de la législation, des normes et des protocoles pour une maternité sans risque. Des équipements et un approvisionnement en médicaments et autres produits adéquats, des systèmes de transfert, de transport et de communication fiables sont essentiels pour créer un cadre de santé porteur. Le système de communication, les transports publics et les services d'utilité publique – approvisionnement en eau et électricité et télécommunications –

qui permettent au système de santé de bien fonctionner sont la responsabilité des pouvoirs publics. Un personnel adéquat et qualifié, des structures solides pour assurer sa formation en cours d'emploi, son déploiement approprié et sa supervision sont aussi nécessaires. La communauté dans laquelle se déroule l'accouchement, y compris les traditions et les attitudes locales, joue également un rôle.

**Personnel de santé qualifié :** Le cercle intérieur représente les professionnels de santé pratiquant les accouchements. Leur efficacité est liée à leur bagage médical théorique et pratique, c'est-à-dire leur compétence, ainsi qu'au contexte dans lequel ils travaillent.

**Système de transfert :** Les deux cercles situés le plus près du centre et qui se recoupent représentent les différents niveaux de service. Le transfert entre ces niveaux est marqué par une flèche qui représente plus précisément le passage des soins obstétricaux fournis pour l'accouchement normal aux soins obstétricaux d'urgence, primaires et complets, en cas de complications obstétricales [voir encadré sur les soins obstétricaux d'urgence]. Le transfert du village à un centre de santé est également essentiel.

## DÉFINITION DES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE

### Soins obstétricaux d'urgence de base

Un personnel de santé qualifié doit avoir les compétences et l'équipement requis pour fournir les soins suivants à l'accouchement :

- Administration parentérale d'antibiotiques;
- Administration d'ocytociques pour provoquer les contractions;
- Administration d'anticonvulsifs;
- Retrait manuel, complet ou partiel, du placenta (délivrance manuelle);
- Accouchement vaginal instrumental, par ventouse;
- Extraction par aspiration des produits résiduels dans l'utérus.

Le sixième soin, l'évacuation des produits résiduels dans l'utérus, n'intervient pas au moment de l'accouchement, mais des complications

de l'avortement. Les soins obstétricaux d'urgence primaires doivent être dispensés en milieu médical mais ne nécessitent pas de bloc opératoire.

### Soins obstétricaux d'urgence complets

L'agent de santé doit être capable de transférer les patientes souffrant de complications graves dans un service dispensant les soins ci-après et de prendre soin de la patiente au cours du transfert. Les soins obstétricaux d'urgence complets incluent les six soins de base susmentionnés plus :

- Accouchement par césarienne;
- Transfusion sanguine sécurisée.

Les soins obstétricaux d'urgence complets demandent un bloc opératoire et sont en général dispensés dans les hôpitaux de district.

## LA RECHERCHE SAFE

SAFE est une recherche menée sur le terrain entre septembre 2000 et février 2003 et coordonnée par l'Université d'Aberdeen. Réalisée en collaboration avec cinq pays – Bangladesh, Ghana, Jamaïque, Malawi et Mexique –, elle vise à fournir de nouvelles informations pour la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies efficaces, équitables et financièrement abordables de systématisation de l'accouchement par du personnel de santé qualifié dans les pays en développement.

La recherche porte sur la définition de nouvelles méthodes de collecte des données en vue d'évaluer et de décrire l'assistance qualifiée à l'accouchement. Les résultats de cette recherche sont résumés dans la présente publication. Ils servent également de base pour élaborer de nouvelles stratégies de systématisation de l'accouchement par du personnel qualifié. Ces stratégies sont décrites dans le livret d'accompagnement au présent ouvrage « En de bonnes mains : Rapport sur les activités de terrain ».

## Facteurs influençant les soins reçus par une femme enceinte

Le lieu de domicile, le statut socioéconomique et l'éducation sont autant de facteurs jouant sur la qualité des soins reçus au cours de l'accouchement. Les convictions religieuses et les normes culturelles conditionnent souvent le choix du lieu de l'accouchement. Le pouvoir de décision dont la femme jouit au sein de la famille et le nombre d'accouchements précédents ont également une influence sur les soins qu'elle reçoit.

L'importance de ces facteurs peut varier en fonction du contexte mais une étude récente<sup>8</sup> réalisée dans six pays en développement – Bangladesh, Bolivie, Ghana, Indonésie, Malawi et Philippines – a mis en lumière les corrélations suivantes :

- **Résidence urbaine-rurale** – Le pourcentage d'accouchements par du personnel soignant qualifié est beaucoup plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales
- **Pauvreté** – Plus la femme est aisée, plus elle est susceptible d'accoucher avec l'assistance de personnel qualifié. Plus elle est pauvre, moins il y a de chances qu'elle reçoive des soins.
- **Éducation maternelle** – Plus une femme est éduquée, plus elle est susceptible d'accoucher avec l'aide d'un professionnel de la santé.
- **Soins prénatals** – Plus les consultations prénatales ont été nombreuses, plus l'éventualité d'un accouchement par personnel soignant qualifié est élevée.
- **Rang de naissance** – Plus le rang de naissance est élevé, moins la femme est susceptible de recevoir une assistance qualifiée à l'accouchement. En d'autres termes, une femme qui accouche pour la première ou la deuxième fois a plus de chances de recevoir une assistance qualifiée qu'une femme qui a déjà eu plusieurs enfants.

L'étude montre également que la proportion d'accouchements par du personnel de santé qualifié a augmenté au cours de la dernière décennie dans les six pays considérés. La Bolivie et l'Indonésie ont enregistré l'augmentation la plus importante et le Malawi la plus faible. La proportion d'accouchements par du personnel soignant qualifié semble augmenter dans certains pays, mais les tendances nationales révélées par les enquêtes à grande échelle indiquent des variations importantes entre différents groupes de femmes et notamment entre femmes riches et femmes pauvres (voir figure 4).

## Mesure de l'assistance qualifiée

Une étude SAFE réalisée au Ghana a permis d'élaborer une approche pour mesurer les soins obstétricaux fournis dans les centres de santé et les différentes composantes d'une assistance qualifiée. Avec cette méthode il est possible de noter la fréquence de certaines interventions – compléter un partographe,

8 Bell J., Curtis S.L. et Alayon S. (2003). Trends in delivery care in six countries. DHS Analytical Studies No.7. Calverton, Maryland: Operational Research Corporation (ORC) Macro and International Research Partnership for Skilled Attendance for Everyone (SAFE).

calculer le taux d'hémoglobine – et d'enregistrer certaines informations pertinentes – début du travail de l'accouchement, pertes sanguines, condition de la mère et du nouveau-né à l'accouchement et à leur sortie de l'hôpital. On peut ainsi identifier les déficiences de l'assistance qualifiée. La fréquence des actions médicales a également été utilisée pour obtenir une mesure synthétique de l'assistance qualifiée et mettre au point un indicateur composite ou indicateur de l'assistance qualifiée<sup>9</sup>. En recensant les types d'action clinique et leur fréquence, cet indicateur permet de mesurer la pratique des professionnels de la santé ainsi que d'évaluer le cadre dans lequel ils dispensent les soins. Il peut être utilisé pour comparer les soins obstétricaux fournis dans différents établissements de santé ou pour différents types d'accouchement.

### Définition du personnel de santé qualifié

*L'expression « personnel de santé qualifié » s'applique uniquement aux personnes ayant une qualification en obstétrique (médecins, sages-femmes et infirmières-accoucheuses) et ayant été formées pour pratiquer des accouchements normaux, diagnostiquer et traiter les complications obstétricales ou, lorsque nécessaire, décider et préparer le transfert de la patiente vers un niveau de soins supérieur. Le personnel de santé qualifié est capable de reconnaître les complications dès leur apparition, de dispenser les soins appropriés, de commencer le traitement et de superviser le transfert de la mère et de l'enfant dans un service où ils pourront recevoir les soins qui dépassent sa compétence ou ne peuvent pas être donnés sur place.*

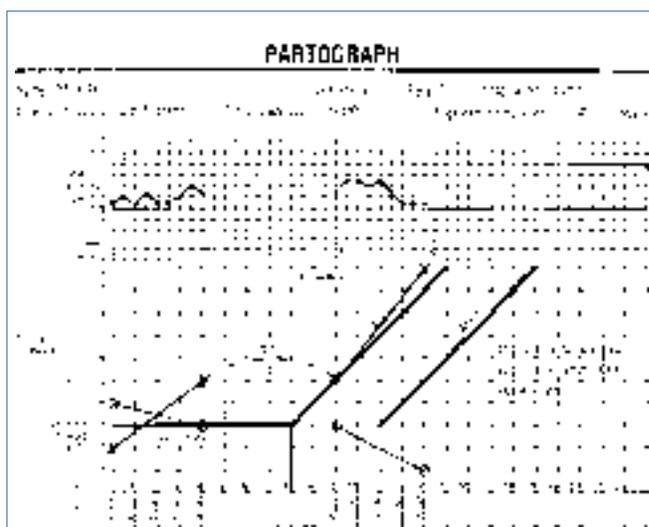
– OMS (1999). RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE : DÉCLARATION COMMUNE OMS/UNFPA/UNICEF. GENÈVE, OMS.

Cette définition basée sur les compétences fait clairement la distinction entre les personnel qualifiés et ceux qui ont simplement été formés. Dire du personnel qu'il a été « formé » implique, mais ne garantit pas,

qu'il a acquis les connaissances et les compétences obstétricales requises. Par contre, le personnel vraiment « qualifié » a, non seulement acquis les compétences et les connaissances obstétricales requises, mais se maintient à niveau dans son domaine de compétence<sup>10</sup>. Les accoucheuses traditionnelles et les accoucheuses communautaires, formées ou non, n'entrent pas dans la catégorie reconnue « personnel qualifié » (bien qu'elles puissent être désignées comme « agent de santé qualifié » dans les enquêtes démographiques et sanitaires d'où sont tirées les données utilisées pour le calcul de cet indicateur).

Dans les pays développés, et dans de nombreuses zones urbaines des pays en développement, l'accouchement assisté par personnel qualifié se pratique normalement dans un centre de santé. Mais l'accouchement peut se dérouler, en fonction de la disponibilité et des besoins, dans un grand nombre d'autres lieux tout aussi appropriés, du domicile à l'hôpital central, s'il est pratiqué par un personnel suffisamment qualifié et que le transfert dans un service pouvant fournir des soins plus complets en cas de besoin est possible et bien organisé.

Dans des conditions idéales, le personnel de santé qualifié appartient à la communauté qu'il sert, et vit avec elle. Il peut assurer tous les soins obstétricaux



*Le partographe est un simple diagramme conçu pour enregistrer et suivre les progrès du travail de l'accouchement, ainsi que d'autres données relatives à la mère et au fœtus. Il peut fournir des indications rapides lorsque des soins obstétricaux d'urgence s'avèrent nécessaires.*

9 Hussein J., Bell J., Nazzar A., Abbey M., Adjei S. et Graham W.J. (2004). The Skilled Attendance Index (SAI): Proposal for a new measure of skilled attendance at delivery: publication en novembre 2004 dans *Reproductive Health Matters* 12(24).

10 Starrs, A., de Family Care International en collaboration avec l'Inter-Agency Group for Safe Motherhood (1997). *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. New York, FCI.

requis avant, durant et après l'accouchement lorsque celui-ci est normal – soins prénatals de prévention, accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, utilisation du partographe, gestion active de la troisième phase de l'accouchement, soins au nouveau-né, détection précoce des complications chez la mère ou le nouveau-né et transfert dans un service approprié en cas d'urgence obstétricale.

## Perceptions des femmes

La détermination exacte des qualifications du personnel de santé ayant pratiqué l'accouchement par interrogation de la patiente peut être difficile. Dans les centres de santé, les femmes ne connaissent pas toujours la qualification de la personne qui les a accouchées. La recherche réalisée par SAFE au Ghana a permis de définir les éléments utilisés par les femmes pour évaluer la qualification de leur accoucheur/accoucheuse<sup>11</sup>. Elles se basent principalement sur l'uniforme porté, le rôle, l'attitude ou les informations qu'on leur a donné. En milieu rural, la qualification du travailleur de santé pratiquant l'accouchement est souvent bien connue au village, ce qui est rarement le cas en milieu urbain.

De nombreuses femmes ont signalé que plusieurs personnes avaient participé à leur accouchement. Cependant, les données les plus communément utilisées ne concernent que le principal intervenant. Il est possible, à partir des enquêtes démographiques et sanitaires, de prendre en compte toutes les personnes participant à l'accouchement mais l'analyse reste en général axée sur la personne la plus qualifiée. La participation de plusieurs personnes à l'accouchement peut jouer sur la qualité des soins obstétricaux. C'est pourquoi on risque, en ne retenant que la personne la plus qualifiée, de ne donner qu'une image partielle.

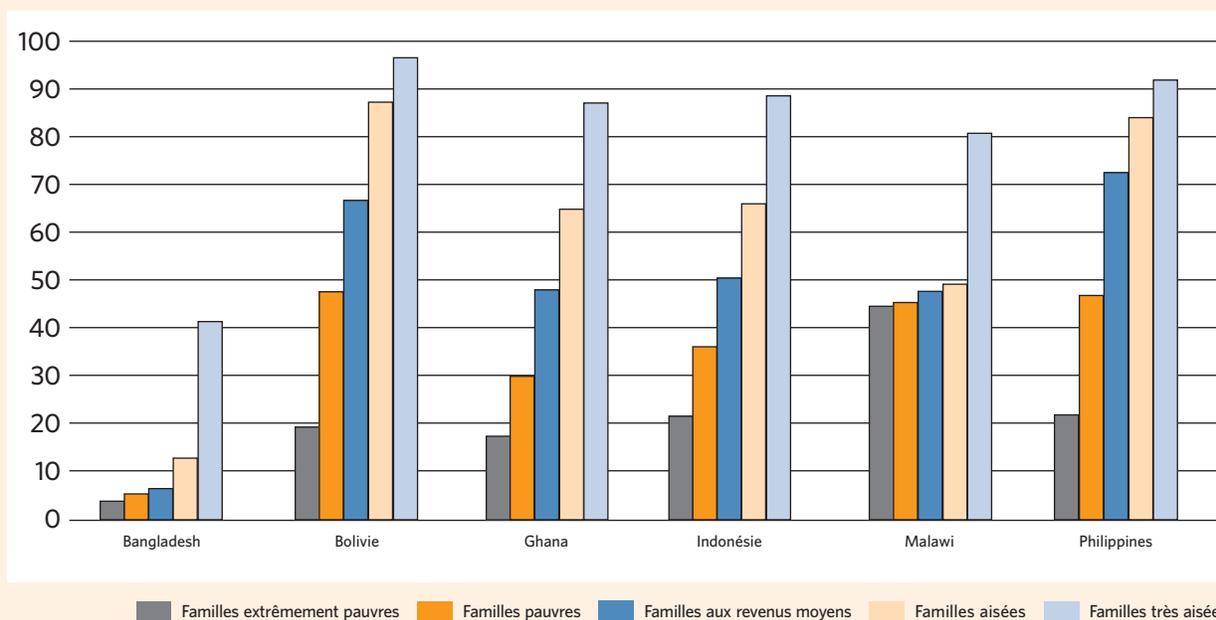
## Types de personnels de santé qualifiés et différentes aptitudes et compétences<sup>12</sup>

Chaque pays peut organiser les soins maternels comme il l'entend pour assurer une maternité sans risque. Mais, dans tous les cas, l'existence de personnel de santé qualifié – ses compétences et ses capacités, les ressources

<sup>11</sup> Hussein J., Abbey M., Adjei S., Quansah G. et Graham W.J. (2002). How do women identify their health professional? Improving the measurement of skilled attendance at delivery. Présenté à la Conférence de la Confédération internationale des sages-femmes, avril 2002, Vienne.

<sup>12</sup> OMS (2004). Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. Déclaration commune OMS/ ICM/FIGO. Genève, OMS.

**FIGURE 4: POURCENTAGE D'ACCOCHEMENTS PAR DES AGENTS DE SANTÉ QUALIFIÉS EN FONCTION DU NIVEAU DE REVENU DE LA FAMILLE DANS SIX PAYS CHOISIS (EN QUINTILES)**



SOURCE: SAFE, University of Aberdeen

disponibles pour son recrutement, sa formation et sa promotion – sera un facteur déterminant. Dans le domaine obstétrical, les principales catégories de professionnels de la santé sont :

**Les sages-femmes :** Les personnes qui ont officiellement été admises à suivre une formation reconnue, qui l'ont menée jusqu'à son terme et ont acquis les qualifications requises pour être homologuées et/ou officiellement autorisées à pratiquer leur profession de sage-femme.

**Les infirmières spécialisées en obstétrique, ou infirmières accoucheuses :** Les infirmières qui ont acquis des connaissances et des compétences en matière d'obstétrique, soit dans le cadre de leur programme de formation d'infirmière soit d'une formation post-élémentaire.

**Les médecins ayant une compétence obstétricale :** Les docteurs en médecine ayant acquis des compétences obstétricales par formation spécialisée, soit au cours de leurs études, soit dans le cadre d'un programme de perfectionnement.

Étant des spécialistes des soins dispensés lors de l'accouchement, les obstétriciens jouent un rôle dans la formation, l'appui technique, la supervision et la délégation des tâches cliniques. Ils doivent figurer dans les données sur le pourcentage des naissances surveillées par des soignants qualifiés.

## La charge du travail du personnel soignant

La qualification professionnelle ne rend pas toujours compte des soins que peut fournir le personnel qualifié. Les compétences de base du personnel qualifié ont été définies par la Confédération internationale des sages-femmes. Il faudrait aussi que la charge de travail des médecins, infirmières et sages-femmes soit calculée de façon à leur permettre de suivre l'évolution de leur profession. SAFE, au terme de consultations avec des obstétriciens de différents pays d'Afrique et d'Asie, a élaboré une méthode pour parvenir à une définition consensuelle de la charge de travail minimum, maximum et optimum du personnel de santé pour différentes procédures obstétricales<sup>13</sup>. Cette méthode peut être

utilisée pour organiser les services de maternité et aider les médecins et les sages-femmes à se maintenir à niveau.

## Le rôle de l'accoucheuse traditionnelle

Par « accoucheuse traditionnelle » on entend une personne de la communauté qui assiste les femmes au cours de leur grossesse, de leur l'accouchement et de la période post-partum, mais qui n'appartient pas au système de santé officiel. Étant donné que dans beaucoup de pays en développement l'accoucheuse traditionnelle a un rôle important dans la communauté, des projets ont eu pour objet de les former à dispenser les soins fournis normalement par le personnel de santé qualifié. Cependant, aucune recherche n'a permis d'établir définitivement les impacts positifs, sur la mortalité maternelle, de la formation des accoucheuses traditionnelles.

Les initiatives visant à réduire la mortalité maternelle en formant les accoucheuses traditionnelles se sont heurtées à deux obstacles. D'abord, la majorité des accoucheuses traditionnelles, même après avoir été formées, ne disposent pas des compétences techniques requises pour gérer des accouchements compliqués. Ensuite, les accoucheuses traditionnelles, la plupart du temps, ne sont pas reliées au système de santé officiel et ne peuvent donc pas assurer le transfert de la patiente vers le niveau de soins requis.

Lorsqu'il est décidé, pour des raisons culturelles, financières, de personnel ou autres, d'intégrer les accoucheuses traditionnelles dans la stratégie de développement du personnel qualifié, leur rôle doit être soigneusement défini avec les communautés qu'elles sont appelées à servir. On pense communément que les accoucheuses traditionnelles peuvent sensibiliser et inciter les femmes à choisir un accouchement par du personnel médical qualifié. Cela est possible, mais uniquement si l'accoucheuse traditionnelle a de bonnes relations de travail avec les prestataires de soins qualifiés et le personnel des hôpitaux centraux.

L'expérience montre qu'investir dans des stratégies fondées uniquement sur la formation technique des

13 Scotland G. et Bullough C. (2004). What do doctors think their caseload should be in order to maintain their skills for delivery care? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 87, p.301-307.

accoucheuses traditionnelles ou des agents de santé communautaires semi-qualifiés peut, en fait, faire obstacle à la systématisation de l'accouchement par personnel qualifié. Il est parfois aussi difficile de faire abandonner aux accoucheuses traditionnelles, même lorsqu'elles ont été formées, certaines pratiques dangereuses. Par contre, le rôle de liaison qu'elles jouent entre les femmes et le système de santé officiel doit être renforcé. Si un transfert vers un niveau supérieur de soins s'avère nécessaire, elles devraient aussi accompagner les femmes de leur communauté jusqu'au service dispensant les soins requis et être bien accueillies par les professionnels de la santé.

Les accoucheuses traditionnelles peuvent, sans risque, s'acquitter des tâches suivantes :

- Enregistrer et déclarer les naissances, les décès et les accouchements dans leur communauté;
- Promouvoir, au sein de la communauté, les accouchements par du personnel soignant qualifié en informant les familles et les communautés sur les questions de santé et en favorisant un changement d'attitude;
- Fournir un appui social à la famille pendant que la mère est à l'hôpital pour accoucher;
- Aider les femmes et les familles à prendre en charge leur propre santé;
- Faire le lien entre les services de santé génésique et les familles et communautés avec lesquelles elles travaillent.
- Fournir les soins essentiels au nouveau né.



# Les mesures à prendre

La réduction de la mortalité maternelle dépend de la mise en place d'un système de santé performant basé sur un réseau d'établissements de santé efficaces. Le décès d'une femme en couches est l'échec ultime du système de santé. Cet échec, qui se répète chaque minute dans le monde en développement, représente une perte irréparable et la violation du droit à la vie.

Les objectifs du Millénaire pour le développement insistent sur l'importance d'une assistance qualifiée à l'accouchement pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles. La pertinence de cette stratégie est confirmée massivement par les faits mais l'étude menée dans les différents pays prouve qu'il y a encore beaucoup à apprendre pour pouvoir l'appliquer et l'évaluer correctement. Assurer une assistance qualifiée à tous les accouchements implique non seulement de constituer le corps de professionnels de la santé requis mais aussi de mettre en place des systèmes de santé performants. C'est là une tâche complexe.

Les personnels de santé qualifiés pratiquant les accouchements doivent pouvoir fournir tout un ensemble de soins qui exigent un éventail de compétences et de savoir-faire. L'accès aux soins, et leur qualité, peut varier énormément, parfois même au sein d'un seul district sanitaire. C'est pourquoi les stratégies pour améliorer l'accès à des soins de qualité doivent être adaptées au contexte, comme le prouvent les exemples donnés dans le livret d'accompagnement. Les soins sont souvent de meilleure qualité dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cela tient à la proximité des établissements de santé, à leur facilité d'accès et aux systèmes de communication modernes. Des ressources insuffisantes, des conditions topographiques difficiles et une forte prévalence du VIH/sida compliquent souvent la situation dans les zones rurales. Dans les zones touchées par les conflits politiques ou les catastrophes naturelles, les systèmes de santé sont déstructurés ou détruits, ce qui réduit d'autant les possibilités d'accès à des soins qualifiés. Parfois également, les pratiques traditionnelles et les normes culturelles font obstacle aux soins obstétricaux et il faut beaucoup de patience et de sensibilité pour vaincre ces réticences<sup>14</sup>.

## Investir dans les ressources humaines

Dans de nombreux pays en développement, un stratégie de mise en valeur des ressources humaines aidera à systématiser l'accouchement par personnel de santé qualifié. Les départs et les démissions, l'émigration, la médiocrité des salaires et le VIH/sida sont responsables de l'amenuisement du corps des professionnels de la santé dans ces pays. Les politiques macro-économiques ont également leur part de responsabilité dans certains pays.

Un corps de sages-femmes qualifiées est indispensable pour assurer une maternité à moindre risque. Pratiquement tous les pays en développement ayant enregistré une diminution notable de la mortalité maternelle insistent sur le rôle des sages-femmes qualifiées dans les centres de santé, normalement les hôpitaux. Mais seulement la moitié des pays en développement ont au moins une école de sages-femmes.

La stratégie de mise en valeur des ressources humaines doit également s'attaquer à l'exode des compétences. Dans certains pays en développement, la majorité des professionnels de la santé formés au niveau national travaillent maintenant à l'étranger. Seules des négociations dans lesquelles s'engageront activement et résolument les pays tant du Nord que du Sud permettront de mettre un terme à cet exode qui prive le monde en développement d'un capital humain très précieux.

La stratégie doit aussi prévoir une formation et une orientation systématiques de tout le personnel fournissant des soins obstétricaux pour qu'il puisse répondre aux besoins spécifiques des jeunes. L'accès limité aux services de santé génésique rend les adolescentes particulièrement vulnérables aux grossesses non désirées. Le manque de services de qualité et leur coût élevé les obligent aussi, en grande majorité, à recourir à des avortements non médicalisés, et c'est pourquoi elles sont particulièrement touchées par la mortalité maternelle.

Des stratégies de mise en valeur des ressources humaines et de gestion efficaces devraient permettre d'offrir des salaires, des conditions de travail et des

14 UNFPA (2004). Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming. New York, UNFPA.

possibilités de carrière suffisamment attrayants pour permettre la répartition équitable des travailleurs de la santé sur le territoire national, assurer leur motivation et réduire l'érosion des effectifs. Des mécanismes doivent être mis en place pour assurer la formation permanente du personnel clinique et des stratégies adoptées pour la délégation de certaines tâches (anesthésie, extraction pneumatique, césarienne) aux agents de santé qualifiés lorsque les médecins ne peuvent pas s'en charger.

## Traiter le paludisme et le VIH/sida

Notre époque est marquée par le VIH/sida. Des ressources importantes, une volonté et un engagement politiques résolus sont nécessaires pour traiter les impacts de la maladie sur la santé, sur le personnel de santé et sur la mortalité maternelle dans les zones à forte prévalence. Le personnel fournissant les soins d'obstétrique doit être formé pour pouvoir traiter les complications liées au VIH pouvant avoir des impacts sur l'issue de la grossesse, tant pour la mère que le nouveau-né. Il doit également être équipé pour prendre les précautions nécessaires pour éviter toute infection par du sang contaminé.

Les programmes de santé en matière de procréation constituent un bon point de départ pour s'attaquer aux problèmes posés par le VIH/sida ou le paludisme en cas de grossesse. Les centres de planification familiale, les centres de traitement des maladies sexuellement transmissibles et les dispensaires de soins prénatals ont tous un rôle important à jouer en informant le public sur le paludisme et en proposant des tests médicaux volontaires et des services consultatifs gratuits. Les femmes séronégatives, et celles dont le statut sérologique est inconnu, devraient avoir accès aux services consultatifs, notamment pour la prévention, et aux tests médicaux. Les femmes séropositives devraient pouvoir bénéficier d'un traitement, ainsi que d'un soutien thérapeutique pour l'alimentation du nourrisson et la vie avec le VIH<sup>15</sup>.

Dans le cas du VIH/sida, les services de santé maternelle ne doivent pas être les seuls concernés. Les centres de planification familiale et de traitement des infections sexuellement transmissibles doivent aussi agir. Les services, les technologies et l'information associés avec leurs programmes offrent également une bonne possibilité de

s'attaquer au VIH/sida. L'UNFPA a été très actif dans ce domaine, non seulement en lançant un débat global sur la relation entre la santé en matière de procréation et le VIH/sida, mais également en fournissant aux responsables des politiques et des programmes les ressources requises pour intégrer la lutte contre le VIH/sida dans les activités relatives à la santé génésique<sup>16</sup>.

## Améliorer le cadre hospitalier

Améliorer le milieu hospitalier est aussi une stratégie payante pour systématiser les accouchements par personnel qualifié. Lorsque les établissements de santé commencent à offrir des soins de meilleure qualité et les systèmes d'aiguillage à mieux fonctionner, les communautés le remarquent et la fréquentation des services augmente. Améliorer le cadre hospitalier consiste à, outre mettre en valeur les ressources humaines comme on l'a mentionné, rénover les locaux, augmenter le personnel d'appui, poser des normes de pratique, améliorer la gestion et la supervision, acheter de nouveaux équipements, les distribuer et les entretenir. L'acquisition des équipements et des produits nécessaires aux soins de santé obstétricaux s'inscrit dans l'initiative de l'UNFPA pour la sécurité de l'approvisionnement en produits destinés à la santé de la procréation.

Il est également important d'instaurer un climat de confiance entre les femmes et les prestataires de soins. La réticence des femmes à accoucher en milieu médical est parfois liée aux attitudes négatives des professionnels de la santé. Les maternités et les hôpitaux doivent être accueillants, dans tous les sens du terme. Les sensibilités culturelles des patientes doivent être respectées à tous les niveaux de fonctionnement – soins, gestion, suivi et évaluation – pour que toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect. C'est particulièrement important pour les établissements fréquentés par les populations autochtones. Une sensibilisation des professionnels de la santé aux attitudes culturelles face à l'accouchement peut être parfois nécessaire. Des pratiques sociales qui

15 Engenderhealth et UNFPA (2004). HIV Prevention in Maternal Health Services: Programming Guide. New York, Engenderhealth.

16 Population Council et UNFPA (2002). HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings. New York, Population Council et UNFPA.

## FISTULE OBSTÉTRICALE ET MANQUE DE SOINS QUALIFIÉS À LA NAISSANCE

La fistule obstétricale est la séquelle des accouchements non médicalisés qui fait le plus de ravages. Chaque année, entre 50 000 et 100 000 femmes sont touchées. Une fistule se produit en général lorsqu'une femme, jeune et pauvre, souffre de dystocie et ne peut pas accoucher par césarienne. La fistule obstétricale est une déchirure entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin qui rend la femme incontinente chronique. De nombreuses femmes, parce qu'elles ont une fistule obstétricale, sont abandonnées par leur époux, contraintes au divorce et obligées de souffrir une exclusion sociale. La fistule obstétricale peut être évitée dans tous les cas et peut, en général, être réparée. Elle est le résultat de plusieurs facteurs socioculturels et économiques qui prédisposent les jeunes filles au mariage et aux grossesses précoces. Ce sont ces mêmes facteurs qui limitent l'accès des femmes aux services obstétricaux de qualité, y compris à l'accouchement par du personnel de santé qualifié et aux soins obstétricaux d'urgence en cas de complications.

Les entretiens avec les femmes dont la fistule a pu être traitée, les « near miss » (catastrophes obstétricales évitées de justesse), se révèlent extrêmement utiles pour évaluer les nombreux obstacles barrant l'accès des femmes aux soins de santé qualifiés. Les évaluations réalisées au niveau national dans le cadre de la campagne mondiale contre la fistule obstétricale de l'UNFPA révèlent un ensemble d'obstacles socioculturels, géographiques et économiques barrant l'accès des femmes aux soins de santé qualifiés avant la naissance, pendant l'accouchement et dans la période post-partum.

Au Kenya, dans les districts sanitaires étudiés, la période qui s'écoule entre l'apparition des complications et la décision de faire appel à du personnel de santé qualifié est beaucoup trop longue. Les femmes, la plupart du temps, essaient d'accoucher à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. Le travail peut durer jusqu'à trois jours avant qu'on décide de les transférer dans un centre de soins. Une fois que la décision est prise, la distance à parcourir – jusqu'à 60 kilomètres – et l'absence de transport motorisé peuvent encore rallonger le délai de 24 heures<sup>1</sup>. En Erythrée, la tradition impose que le premier enfant naisse au domicile des grands-parents, même lorsqu'il existe un centre de santé facilement accessible à proximité. Près de 39 % des femmes interrogées ont accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. En cas de complications, il est également courant que les accoucheuses traditionnelles repoussent le transfert de la parturiente jusqu'au moment où elles ont épuisé toutes leurs solutions personnelles<sup>2</sup>.

Dans les centres de santé, l'incompétence des agents de santé, le manque d'équipement médical, de médicaments et autres produits est souvent responsable de l'apparition de la fistule obstétricale. Une jeune Erythréenne de l'ethnie Tigrinya, âgée de 20 ans, souffre d'une fistule obstétricale. Or sa grossesse s'était déroulée sans problème et elle avait eu des contrôles prénatals fréquents. L'accouchement s'est passé normalement, mais un élève infirmier, juste après la naissance, a essayé d'évacuer le placenta par la force. Elle se rappelle qu'une infirmière qui l'avait vu faire lui a crié : « ne fais pas ça », mais il était trop tard et les tissus avaient été profondément déchirés. Il a fallu recoudre mais la blessure s'est infectée et l'infection ne guérit pas<sup>3</sup>.

Pour tout complément d'information sur la campagne mondiale de l'UNFPA contre la fistule, consulter le site : [www.endfistula.org](http://www.endfistula.org)

1 Kenya, Ministère de la santé et UNFPA (2004). Évaluation des besoins pour traiter la fistule obstétricale dans des districts choisis du Kenya. Rapport final. Gouvernement kényen, page 22.

2 Ministère érythréen de la santé et UNFPA (2003). Évaluation des besoins nationaux pour vaincre la fistule. Asmara (Erythrée) : Gouvernement érythréen, page 39.

3 Campbell-Krijgh E., Campbell B. et Abraha T. (2003). Mending Torn Lives: A series of open conversations with women suffering from obstetric fistula in Eritrea. UNFPA et Ministère érythréen de la santé, page 9.

ne remettent pas en cause l'assistance qualifiée à l'accouchement – présence d'une personne de confiance durant le travail, accouchement en marchant ou en station debout – peuvent être envisagées.

### Renforcer la base de connaissances

Il est évident que la systématisation de l'accouchement par du personnel soignant qualifié est indispensable pour pouvoir réaliser l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement consistant à réduire la mortalité maternelle de 75 % entre 1990 et 2015. Cependant, une base de connaissances plus solide est nécessaire pour pouvoir élaborer des stratégies de systématisation réellement efficaces. Évaluer l'impact de l'assistance qualifiée à l'accouchement n'est pas facile. Cela demande de l'imagination et une remise en cause des idées reçues. Les systèmes de collecte des données relatives à la proportion d'accouchements par du personnel de santé qualifié doivent aussi être améliorés. Pour mener cette tâche à bien, nous devons joindre nos efforts et créer des partenariats avec les nombreux groupes qui oeuvrent pour une maternité sans risque. C'est dans cette optique que l'Université d'Aberdeen a lancé en septembre 2002 un nouveau programme international de recherche pour une maternité sans risque : IMMPACT (*Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment*, ([www.abdn.ac.uk/immpact](http://www.abdn.ac.uk/immpact))). IMMPACT mettra au point de meilleures méthodes et capacités en vue d'une évaluation solide des stratégies pour une maternité sans risque, notamment des soins qualifiés dispensés lors de l'accouchement par du personnel de santé qualifié. Cette évaluation servira de base pour décider des mesures à prendre afin d'améliorer la situation dans les pays les plus pauvres.

### Sauver la vie des femmes et investir dans l'avenir

Les réformes exposées précédemment exigeront toutes un effort financier important et soutenu. Dans de nombreux pays, les dépenses du secteur de la santé sont négociées en fonction des approches sectorielles, des documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), de l'appui budgétaire et des approches programmatiques. Indépendamment de la stratégie choisie, ces dépenses, toujours modestes compte tenu du nombre important de femmes en tirant profit, sont considérées, avec raison, comme des investissements. Les femmes constituent l'armature de la famille, ce sont elles qui éduquent les enfants, qui prennent soin des jeunes et des personnes âgées, et qui souvent sont le gagne-pain de la famille. Chaque année 500 000 femmes meurent, durant la grossesse ou l'accouchement, de complications qui pourraient être traitées. Chaque année, 15 millions sont frappées d'invalidité à vie à cause des séquelles, à long ou à court terme, d'une grossesse ou d'un accouchement au cours desquels elles n'ont pas reçu les soins requis. En ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, nous devons faire tout notre possible pour mettre un terme à cette injustice et à ce drame quotidien.



# Bibliographie :

## Publications

- AbouZahr C. (1998). Maternal Mortality Overview. *In* : Murray CJL et Lopez AD. Health Dimensions of Sex and Reproduction. Global Burden of Disease and Injury Series, Volume III. Genève: OMS, p. 111-164.
- AbouZahr C. et Wardlaw T. (2001). Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 79 (6). Genève, OMS.
- Bell J., Curtis S.L. et Alayon S. (2003). Trends in Delivery Care in Six Countries. DHS Analytical Studies No. 7. Calverton, Maryland: Operational Research Corporation (ORC) Macro and International Research Partnership for Skilled Attendance for Everyone (SAFE).
- Bell J., Hussein J., Jentsch B., Scotland G., Bullough C.H.W. et Graham W.J. (2003). Improving Skilled Attendance at Delivery: A Preliminary Report of the SAFE Strategy Development Tool. *Birth* 30 (4), p. 227-234.
- Engenderhealth et UNFPA (2004). HIV Prevention in Maternal Health: Programming Guide. Engenderhealth, New York.
- Family Care International (2002). Skilled Care During Childbirth: Country Profiles. New York, Family Care International.
- Family Care International (2002). Skilled Care During Childbirth: Information Booklet. Family Care International, New York.
- Freedman L. (2001). Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy. *Journal international de gynécologie et d'obstétrique* 75, p. 51-60.
- Gill Z. et Ahmed J.U. (2004). Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. *Journal international de gynécologie et d'obstétrique* 85, p. 213-220.
- Graham W.J., Bell J.S. et Bullough C.H.W. (2001). Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries? Étude dans *Health Organisation and Policy* 17, p. 97-130.
- Graham, W.J. et Hussein J. (2003). Measuring and Estimating Maternal Mortality in the Era of HIV/AIDS. UN/POP/MORT/2003/8. New York, Division de la population du Secrétariat de l'ONU.
- Hussein J., Abbey M., Adjei S., Quansah G. et Graham W.J. (2002). How do Women Identify their Health Professional? Improving the Measurement of Skilled Attendance at Delivery. Présenté à la Conférence de la Confédération internationale des sages-femmes, avril 2002, Vienne.
- Hussein J., Bell J., Nazzar A., Abbey M., Adjei S. et Graham W.J. (2004). The Skilled Attendance Index (SAI): Proposal for a new measure of skilled attendance at delivery. À paraître en novembre 2004 dans *Reproductive Health Matters* 12 (24).
- Hussein J., Hundley V., Bell J., Abbey M., Quansah Asare G et Graham W.J. (2004). How do Women Identify Health Professionals at Birth in Ghana? À paraître dans *Midwifery*.
- Koblinsky M.A., Campell O. et Heichelheim J. (1999). Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 77(5), p. 399-406.
- McIntyre J. (2004). Background Paper for HIV/AIDS and Reproductive Health in the New Millennium: Maternal Health and HIV. Technical Roundtable, 10 et 11 mai 2004.
- Organisation panaméricaine de la santé (2003). Reduction of Maternal Mortality and Morbidity: Interagency Strategic Consensus for Latin America and the Caribbean. Washington, DC: PAHO.
- Population Council et UNFPA (2002). HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings. New York, Population Council et UNFPA.
- Safe Motherhood Interagency Group (2000). Skilled Attendance at Delivery: A Review of the Evidence (projet). New York, Family Care International.
- (2003). Skilled Care during Childbirth: A Review of the Evidence.
- Scotland G. et Bullough C. (2004). What do doctors think their caseload should be in order to maintain their skills for delivery care? A paraître dans le *journal international de gynécologie et d'obstétrique*.
- Starrs A., de Family Care International en collaboration avec Safe Motherhood Interagency Group (1997). The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. New York, Family Care International.

UNFPA (2004). Working from Within: Culturally Sensitive Approaches dans UNFPA Programming. New York, UNFPA.

OMS (1999). Réduire la mortalité maternelle: déclaration commune OMS/UNFPA/UNICEF/Banque mondiale. Genève, OMS.

----- (2000). Making Pregnancy Safer: A health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. Genève, OMS.

----- (2000). Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide pour les sages-femmes et les médecins. Genève, OMS.

----- (2002). Global Action for Skilled Attendance at Birth. Genève, OMS.

----- (2002). Special Feature: Skilled Attendants. Safe Motherhood 29: 2002 (1).

----- (2004). Making Pregnancy Safer: the Critical Role of the Skilled Attendant. Déclaration commune OMS/ICM et FIGO. Genève, OMS.

----- (2004). Mortalité maternelle en 2000: évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Genève, OMS.

OMS et Banque mondiale (2003). Improving Health Workforce Performance. Issues for Discussion: Section 4 (Projet).

Banque mondiale (1999). Lessons from 10 Years of Experience. Safe Motherhood and the World Bank. Washington, Banque mondiale, Réseau pour le développement humain.

----- (2003): Reducing maternal mortality: learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. M. Koblinsky (dir. de publ.). Washington, Banque mondiale.

## Sites Internet

AMDD : <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/>

ou <http://www.amdd.hs.columbia.edu/>

Family Care International : [http://www.familycareintl.org/work.global\\_programs.html](http://www.familycareintl.org/work.global_programs.html) - s1

IMMPACT : [www.abdn.ac.uk/immpact](http://www.abdn.ac.uk/immpact)

Confédération internationale des sages-femmes : [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

JHPIEGO : <http://www.jhpiego.jhu.edu/global/mnh.htm>

PAHO : [www.paho.org/search/DbSReturn.asp](http://www.paho.org/search/DbSReturn.asp)

Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health : [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

Population Council : <http://www.popcouncil.org/rhfp/safemom.html>

SAFE : [www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe)

UNFPA : <http://www.unfpa.org/mothers/index.htm>

UNICEF : [http://www.unicef.org/health/index\\_maternalhealth.html](http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html)

OMS : [www.who.int/reproductive-health/](http://www.who.int/reproductive-health/)



## ANNEXE

### Partenariat pour la recherche internationale SAFE

<b>Groupe SAFE</b> <b>Comité consultatif</b>	<b>Nom</b> Mme Affette McCaw-Binns Mme Ann Phoya Mme Fariyal Fikree Mme Marge Koblinsky Mme Oona Campbell M. Paul Van Look Mme Susan Murray	<b>Institution</b> University of West Indies (Jamaïque) Ministère de la santé et de la population (Malawi) Population Council (États-Unis d'Amérique) NGO Networks for Health (États-Unis d'Amérique) London School of Hygiene and Tropical Medicine (Royaume-Uni) Organisation mondiale de la santé (Suisse) King's College London (Royaume-Uni)
<b>Collaborateurs</b>	<p><b>Bangladesh</b>                      M. Mushtaque Chowdhury                      M. A.K.M. Shahabuddin                      Mme Yasmin Ali Haque                      Mme Amina Mahbub                      Mme Anita Chowdhury                      M. Faisa Kamal</p> <p><b>Ghana</b>                      M. Sam Adjei                      Mme Gloria Joyce Quansah Asare                      Mme Mercy Abbey                      M. Alex Nazzar</p> <p><b>Jamaïque</b>                      Mme Deanna Ashley                      Mme Georgiana Gordon</p> <p><b>Malawi</b>                      Mme Mary Kambewa                      Mme L. Kamwendo                      M. Dyton Maliro                      Mme Alice Mdebwe                      Mme T. Rashidi</p> <p><b>Mexique</b>                      Mme Ana Langer                      M. Bernardo Hernández                      Mme Liliana Montejo                      Mme Andreas Menjivar                      Mme Leticia Suárez                      M. Sian Curtis                      Mme Silvia Alayon</p>	<p>Comité du Bangladesh pour le progrès rural                      Institut pour la santé de la mère et de l'enfant                      UNICEF                      Comité du Bangladesh pour le progrès rural                      Comité du Bangladesh pour le progrès rural                      Comité du Bangladesh pour le progrès rural</p> <p>Service sanitaire ghanéen                      Ministère de la santé                      Service sanitaire ghanéen                      Service sanitaire ghanéen</p> <p>Ministère de la santé                      Ministère de la santé</p> <p>Ministère de la santé et de la population                      Ecole d'infirmières Kamuzu                      Université du Malawi                      Ministère de la santé et de la population                      Ministère de la santé et de la population</p> <p>Population Council                      Institut national de santé publique                      MACRO International Inc. (États-Unis d'Amérique)                      MACRO International Inc. (États-Unis d'Amérique)</p>
<b>Groupe SAFE</b> <b>Université de</b> <b>Aberdeen</b>	Mme Jacqueline Bell Mme Marie Briggs M. Colin Bullough Mme Joanne Coull Mme Lucia Dambruoso Mme Wendy Graham Mme Marion Hall Mme Vanora Hundley Mme Julia Hussein Mme Birgit Jentsch Mme Alice Kiger Deborah Nicholls Mme Emma Pitchforth Mme Caroline Reeves Mme Michelle Rhind M. Graham Scotland Mme Christine Smith M. Edwin van Teijlingen	Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health (Département d'obstétrique et de gynécologie) Centre for Advanced Studies in Nursing Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Centre for Advanced Studies in Nursing Research and Innovation Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Services de recherche financière Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Département de santé publique

L'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population, est la plus importante source internationale, dans le monde entier, de financement des programmes de population et de santé en matière de reproduction. Depuis le début de ses activités, en 1969, le Fonds a fourni près de 6 milliards de dollars d'aide aux pays en développement. L'UNFPA agit en collaboration avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales dans plus de 140 pays, sur leur demande. Le Fonds, en collaboration avec la communauté internationale, appuie les programmes consacrés à la santé en matière de procréation pour les hommes, les femmes et les jeunes. La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles est l'une de ses priorités. Le groupe s'occupant de la santé en matière de procréation, épaulé par la Division de l'appui technique de l'UNFPA, est le fer de lance des initiatives du Fonds en matière de maternité sans risque. Pour en savoir plus sur l'UNFPA, consulter le site [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

L'Université d'Aberdeen assure la coordination des programmes SAFE et IMMPACT, deux initiatives mondiales de recherche sur la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le monde en développement. Le Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, spécialisé dans les recherches sur la santé des femmes, que dirige le Mme Wendy Graham, est chargé de guider ces recherches. SAFE est financé par le Département pour le développement international du Royaume-Uni et la Commission européenne. IMMPACT est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, le Département pour le développement international, la Commission européenne et l'Agency for International Development des États-Unis. Les organismes qui ont financé la publication du présent rapport ne sont pas responsables de l'information présentée. Les vues et opinions qui y figurent sont celles des auteurs.

Pour tout complément d'information sur SAFE et IMMPACT, consultez les sites suivants: [www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe) et [www.abdn.ac.uk/impact](http://www.abdn.ac.uk/impact)