

Pour une

maternité

sans risques

**comment éliminer  
les obstacles aux soins**

*par Elizabeth I. Ransom et Nancy V. Yinger*



**Population Reference Bureau**

## Remerciements

Elizabeth I. Ransom et Nancy V. Yinger du Population Reference Bureau (PRB) ont préparé cette brochure en collaboration avec Justine Sass. Vijay Rao a préparé les trois figures du texte. Susan Adamchak, Lori Ashford, Liz Creel, David Ransom et Marjorie Ransom ont revu et commenté le texte du document. Margaret Blabey a assuré la vérification des faits. Cette brochure n'aurait pas vu le jour sans les conseils et les généreuses contributions d'experts en santé maternelle et de directeurs de programmes du monde entier, qui sont trop nombreux pour être mentionnés nommément.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les relecteurs suivants :

Oona Campbell, maîtresse de conférences, Programme de santé maternelle, Département des maladies infectieuses et tropicales, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Jerker Liljestrand, principal spécialiste de la santé, Département de questions de population, de santé et de nutrition, Banque mondiale

Florence Mirembe, professeur associé, Département d'obstétrique et de gynécologie, Faculté de médecine, Université de Makerere

Ellen Mitchell, chercheur associé, IPAS

Fred Sai, professeur, Faculté de médecine de l'Université du Ghana

Theresa Shaver, conseiller en maternité sans risques et survie infantile, NGO Networks for Health

Mary Ellen Stanton, conseiller principal en matière de santé reproductive, Centre de l'USAID pour la population, la santé et la nutrition

Ellen Starbird, chef, Division de politique et d'évaluation, Centre de l'USAID pour la population, la santé et la nutrition

Ann Starrs, vice-présidente, Family Care International

Sereen Thaddeus, directeur, Communications des changements de comportements, Programme de santé maternelle et néonatale, Johns Hopkins University Center for Communication Programs

Le PRB tient à exprimer sa reconnaissance à l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour le soutien qu'elle a apporté à ce projet. Cette brochure a été financée par le Centre de l'USAID pour la population, la santé et la nutrition dans le cadre du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-98-000001-00).

Conception : Heather Lilley, PRB

Traduction : Catherine Duval (MSI)

Crédit photo de couverture : CARE/Scott Faiia, Népal ; Banque mondiale/Curt Carnemark, Botswana ; M/MC Photoshare/Harvey Nelson, Éthiopie ; CARE/Kim Johnston, Équateur ; et CARE/Gardiner Offutt, Tanzanie.

Photo de couverture (toile de fond) : Quality Assurance Project, Nicaragua

Ce rapport est disponible en anglais, en français et en espagnol sur l'Internet à l'adresse suivante : [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org) ou [www.prb.org](http://www.prb.org).

© Juillet 2002, Population Reference Bureau

Ces publications, et plusieurs autres, sont disponibles sur le site du PRB ([www.prb.org](http://www.prb.org)) et celui de MEASURE *Communication* ([www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org)). Pour commander des publications ou recevoir un exemplaire gratuit du catalogue, veuillez nous contacter à l'adresse suivante :

### **Population Reference Bureau**

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520,  
Washington, DC 20009 États-Unis

Tél. : 202-483-1100

Fax : 202-328-3937

E-mail : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)

Site Web : [www.prb.org](http://www.prb.org)

Les publications du PRB sont mises à la disposition des personnes et organisations des pays en développement à titre gracieux.

### **Population Reference Bureau**

Créé en 1929, le Population Reference Bureau est la principale source d'informations objectives et actualisées sur les tendances de population et leurs implications aux États-Unis et dans le monde. Le PRB informe les décideurs politiques, les éducateurs, les médias et les particuliers travaillant pour l'intérêt public à travers le monde. Le PRB est un organisme non partisan et à but non lucratif. Nos efforts sont appuyés par des contrats gouvernementaux, des dons, des contributions individuelles et le mécénat d'entreprises ainsi que par la vente de nos publications. Le PRB est régi par un Conseil d'administration qui représente des communautés variées et des intérêts professionnels divers.

# Pour une maternité sans risques : comment éliminer les obstacles aux soins

<b>Synthèse</b> .....	2
<i>Figure 1.</i> Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 1995 .....	2
<b>Introduction</b> .....	5
Etendue du problème .....	6
<i>Tableau 1.</i> Risque de décès dû à une grossesse au cours de la vie d'une femme, 1995 .....	6
Causes de mortalité maternelle .....	7
<i>Figure 2.</i> Causes directes de décès maternels .....	7
<i>Encadré 1.</i> Avortement, planning familial et mortalité maternelle .....	8
Conséquences de la morbidité et de la mortalité maternelles .....	9
<b>Soutien de la communauté internationale aux mesures veillant à assurer une maternité sans risques</b> ..	10
Ce que les gouvernements peuvent faire .....	11
<i>Encadré 2.</i> Une nouvelle mission pour les soins prénatals .....	12
Évaluation des conditions locales .....	13
Renforcement des structures et des ressources existantes .....	14
Suivi des progrès .....	15
<i>Encadré 3.</i> Les nombreux obstacles aux soins : l'histoire de Tahera .....	17
<i>Figure 3.</i> Soins qualifiés lors de l'accouchement et décès maternels, comparaisons régionales .....	18
<b>Programmes propices à l'amélioration de la santé maternelle et à la survie des mères</b> .....	19
<i>Première cause de retard :</i> Reconnaître les signes de danger .....	19
<i>Deuxième cause de retard :</i> Décider d'avoir recours aux soins .....	21
<i>Encadré 4.</i> Le rôle des sexes dans la maternité sans risques .....	23
<i>Encadré 5.</i> Les mères adolescentes : un groupe aux besoins particuliers .....	24
<i>Troisième cause de retard :</i> L'accès aux soins appropriés .....	26
<i>Quatrième cause de retard :</i> Recevoir des soins dans les services médicaux .....	29
<b>Conclusion</b> .....	32
<b>Annexe : ressources techniques</b> .....	33
<b>Références</b> .....	34

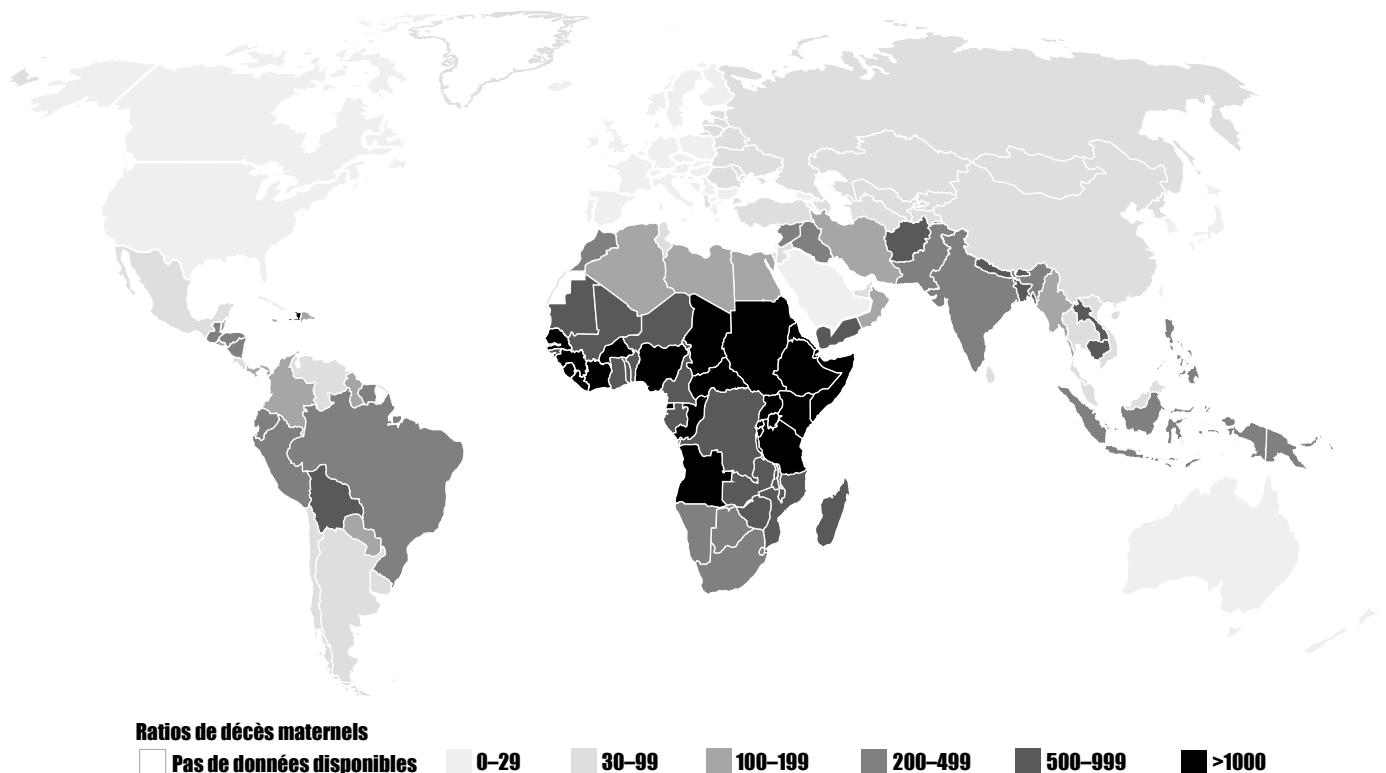
## Synthèse

Partout dans le monde, l'arrivée d'un nouveau-né est cause de célébration. Dans toutes les sociétés, les femmes sont censées avoir des enfants et ce rôle de mère est source de respect. Cependant, dans bien des régions du monde, la grossesse et l'accouchement demeurent risqués. Dans les pays les moins avancés, plus d'un demi-million de mères meurent chaque année des suites de l'accouchement et de la grossesse. Et ces décès ne représentent qu'un volet de cette tragédie : pour chaque femme qui trouve la mort, 30 autres souffrent de graves problèmes de santé, tels que la stérilité et des lésions des organes reproducteurs. Quatre-vingt dix-neuf pour cent de ces décès ont lieu dans les régions moins avancées et la plupart sont causés par le manque de soins adéquats au moment de la naissance. Cette tragédie peut être évitée.

Il a été établi qu'il est possible de réduire les risques associés à la maternité pour toutes les femmes. Au cours des dix dernières années, les experts se sont mis d'accord sur un ensemble de stratégies qui permettent de sauver des vies même dans un environnement aux ressources très limitées. Ce qui doit maintenant être obtenu, c'est l'engagement des gouvernements à donner la priorité à la maternité sans risques.

Selon les travaux de recherche, il est possible de sauver des femmes et de réduire leur souffrance à condition de disposer de systèmes de santé pouvant

**Figure 1. Nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, 1995**



Source : OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP* (Genève : OMS, 2000).

traiter sur-le-champ les complications sérieuses qui mettent en danger la vie des femmes durant la grossesse et l'accouchement. L'une des meilleures approches consiste à s'assurer que les femmes reçoivent des soins professionnels lors de l'accouchement. Dans les pays moins avancés, 50 pour cent seulement des accouchements ont lieu en présence d'un personnel médical spécialisé. Cela veut dire que les accouchements normaux ainsi que les complications mettant en danger la vie de la mère lors de la grossesse et de l'accouchement peuvent être assurés par du personnel médical professionnel, tel que des médecins, des infirmières et des sages-femmes. Ces professionnels, appuyés par des centres de soins et des moyens de transport opérationnels, doivent pouvoir soigner ou stabiliser les femmes et faciliter au besoin un suivi médical approprié.

Des soins appropriés lors de l'accouchement sont indispensables au succès des programmes de maternité sans risques. Ces soins, cependant, ne peuvent être efficaces que dans un contexte de systèmes de soins attentifs aux besoins médicaux des femmes et aux obstacles que celles-ci peuvent rencontrer en se rendant aux urgences.

Dans le cadre de systèmes de santé efficaces, toutes les femmes doivent avoir accès aux soins d'obstétrique, y compris les interventions chirurgicales d'urgence pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Les soins prénatals, entre autres, peuvent permettre de détecter et de soigner toute complication éventuelle survenant pendant la grossesse. L'usage de contraceptifs réduit les chances de grossesses et d'accouchements à risques et de ce fait peut diminuer la mortalité maternelle. La prévention des grossesses non désirées protège les femmes, puisque les avortements dangereux sont responsables d'environ un quart de la mortalité maternelle. La contraception permet aussi aux femmes de retarder la maternité, d'espacer les grossesses et de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA.

Le fait que les soins appropriés existent, cependant, ne garantit pas qu'ils seront utilisés. Des soins qui pourraient sauver des femmes sont souvent fournis avec un certain retard. Les femmes ne reconnaissent pas toujours les symptômes de complications dangereuses (**première cause de retard**) ; elles retardent parfois leur décision de se faire suivre médicalement (**deuxième cause de retard**) ; elles mettent parfois trop de temps à atteindre le centre où sont administrés les soins appropriés (**troisième cause de retard**) ; et enfin, elles reçoivent parfois des soins de mauvaise qualité et trop tard dans les centres de soins (**quatrième cause de retard**).

L'amélioration de cette situation dans les communautés à faibles revenus est possible, mais elle exige à la fois une politique engagée et des actions au niveau national et local. La réduction de la mortalité maternelle demande des efforts soutenus et bien coordonnés. Les gouvernements et les communautés peuvent diminuer les risques liés à la maternité en évaluant les conditions locales, en renforçant les ressources et les réseaux de centres de soins existants, en surveillant les progrès accomplis et en aidant les femmes à surmonter les obstacles qui les empêchent d'obtenir des soins d'urgence. Le volume appréciable de recherche et d'expérience des programmes démontre que la grossesse et l'accou-

chement ne doivent pas nécessairement poser de risques considérables à la santé des femmes. Il reste à renforcer le soutien et l'engagement pour que les mères puissent donner naissance avec moins de risques.

Pour réduire les risques associés à la maternité, les experts en matière de soins maternels recommandent les mesures indiquées ci-après. Les décideurs devront choisir les mesures correspondant aux circonstances propres à leur pays.

**Première cause de retard. Aider les femmes et leurs familles à reconnaître les signes de danger en :**

- apprenant aux communautés à reconnaître les signes de complications dangereuses ; et en
- apprenant aux femmes, à leurs partenaires et à leurs familles quand et où aller se faire soigner en cas de complications.

**Deuxième cause de retard. Aider les femmes et leurs familles à décider d'aller se faire soigner en :**

- encourageant les familles et les communautés à développer des plans d'action pour les cas d'urgence obstétricale ;
- relevant le statut des femmes de façon à ce qu'elles puissent prendre des décisions essentielles en matière de santé ;
- améliorant les liens entre les communautés et le personnel soignant ;
- améliorant les rapports entre les guérisseurs traditionnels et le personnel médical qualifié ;
- améliorant les compétences sociales du personnel soignant en leur expliquant comment la communauté conçoit la qualité des soins ;
- apprenant aux femmes et à leurs familles où obtenir des soins en cas de complications ;
- encourageant les communautés à créer des plans d'assurance de fonds communs pour faire face aux urgences médicales ; et en
- encourageant les adolescentes, les femmes célibataires et les groupes ethniques et lin-

guistiques, hésitant à utiliser ces services pour des raisons socioculturelles, à fréquenter les centres de soins.

**Troisième cause de retard. Aider les femmes à arriver dans les centres offrant les soins appropriés en :**

- encourageant les communautés à créer des plans de transport d'urgence ;
- améliorant les routes et autres systèmes de transport ;
- améliorant les systèmes d'orientation vers des spécialistes entre les communautés et le personnel soignant ; et en
- créant des centres de maternité d'attente.

**Quatrième cause de retard. S'assurer que les femmes sont soignées dans des centres de soins en :**

- améliorant la qualité des soins fournis dans les centres médicaux, ce qui exige une amélioration des compétences techniques et sociales et le renforcement de la motivation et des performances du personnel soignant ;
- établissant des protocoles nationaux pour le traitement des complications obstétricales ;
- formant le personnel des centres de soins à reconnaître et à admettre les patientes souffrant de complications graves ;
- assurant un approvisionnement régulier et stable de médicaments d'urgence, d'équipement de base, de sang et de personnel dans les centres de soins ;
- assurant un service permanent dans les centres qui sont équipés pour fournir des soins d'obstétrique d'urgence ;
- améliorant les systèmes d'orientation vers des spécialistes pour un suivi médical entre les communautés et le personnel soignant ;
- améliorant la communication entre les différents services de soins afin de mieux aiguiller les patientes ; et en
- s'assurant que le curriculum national exigé du personnel soignant comprend des éléments pratiques en matière d'urgences obstétricales.

# Introduction

*« Aucun pays n'envoie ses soldats défendre leur patrie sans se préoccuper de les voir revenir sains et saufs, et pourtant, depuis des siècles, l'humanité envoie ses femmes au combat pour le renouvellement de l'espèce humaine sans les protéger ».*

—Fred Sai, ancien président de la Fédération internationale du Planning Familial<sup>1</sup>

Partout dans le monde, l'arrivée d'un nouveau-né est cause de célébration. Dans toutes les sociétés, les femmes sont censées avoir des enfants et ce rôle de mère est source de respect. Cependant, dans bien des régions du monde, la grossesse et l'accouchement demeurent risqués. Dans les pays les moins avancés, plus d'un demi-million de mères meurent chaque année des suites de l'accouchement et de la grossesse. Pour de nombreuses femmes, la maternité s'étend sur des dizaines d'années. Cependant, c'est pendant la grossesse, l'accouchement et les 42 jours qui suivent la naissance de l'enfant que les risques de décès sont les plus importants chez les femmes.

Il a été établi qu'il est possible de réduire les risques associés à la maternité pour toutes les femmes<sup>2</sup>. Au cours des dix dernières années, les experts se sont mis d'accord sur un ensemble de stratégies qui permettent de sauver des vies même dans un environnement aux ressources très limitées<sup>3</sup>. Les gouvernements du monde entier ont signé des conventions visant à réduire de manière importante les risques de mortalité maternelle<sup>4</sup>. En 2002, cependant, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que « malgré les progrès de certains pays, les taux de mortalité et de morbidité maternelles demeurent beaucoup trop élevés dans la plupart des pays »<sup>5</sup>. Ce qui doit maintenant être obtenu, c'est l'engagement des gouvernements à donner la priorité à la maternité sans risques.

La présente brochure décrit le statut actuel de la santé maternelle ; elle présente un tableau d'ensemble des efforts engagés pour combattre la morbidité maternelle (lésions subies pendant la grossesse et l'accouchement) et la mortalité au niveau international ; elle suggère des moyens par lesquels les gouvernements peuvent réduire la mortalité maternelle ; elle met en valeur les programmes individuels visant à surmonter les obstacles à la survie maternelle. Elle se concentre sur les succès obtenus, comme en témoigne l'histoire des femmes dont la vie a été sauvée par des programmes innovateurs.

**Tableau 1. Risque de décès dû à une grossesse au cours de la vie d'une femme, 1995**

Région	Risque de décès dû à une grossesse
Afrique sub-saharienne	1 sur 13
Asie du Sud	1 sur 54
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1 sur 55
Amérique latine et Caraïbes	1 sur 157
Asie et Pacifique	1 sur 283
Europe de l'Est et Europe Centrale/ Communauté des États indépendants et des États baltes	1 sur 797
Pays industrialisés	1 sur 4 085

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, l'UNICEF et du FNUAP* (2001).

### Etendue du problème

Selon les chiffres les plus récents de l'Organisation mondiale de la Santé, qui publie des estimations des taux mondiaux de mortalité maternelle révisés environ tous les cinq ans, 515 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la maternité<sup>6</sup>. Et 99 pour cent de ces décès ont lieu dans les pays moins avancés, ce qui fait de la mortalité maternelle l'indicateur de santé qui révèle la plus grande inégalité entre les pays développés et les pays en développement<sup>7</sup>. Cette situation est particulièrement tragique en Afrique sub-saharienne, où une femme sur 13 meurt pour des raisons liées à la grossesse, contre une femme sur 4 085 dans les pays industrialisés (voir le tableau 1).

Ces décès, cependant, ne sont qu'un volet de cette tragédie. Pour chaque femme qui meurt, 30 autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités pendant leur grossesse ou leur accouchement – soit au moins 15 millions de femmes par an. Le nombre cumulé de femmes affectées a été estimé à 300 millions, c'est-à-dire plus d'un quart des femmes adultes dans le monde en développement<sup>8</sup>. Parmi les problèmes de santé liés à la grossesse se trouvent l'anémie grave, l'infertilité et des lésions de l'utérus et du canal reproducteur provoquées lors de l'accouchement<sup>9</sup>. Les fistules obstétricales en particulier (déchirures entre le vagin et le canal urinaire ou le rectum qui créent une incontinence permanente si elles ne sont pas soignées), font des ravages<sup>10</sup>. La honte empêche de nombreuses femmes de parler de ces problèmes ou d'autres et par conséquent de se faire soigner<sup>11</sup>. Cette « culture du silence » est exacerbée dans les localités où les femmes n'ont pas le pouvoir de faire des choix, ni d'agir librement en ce qui concerne leur santé<sup>12</sup>.

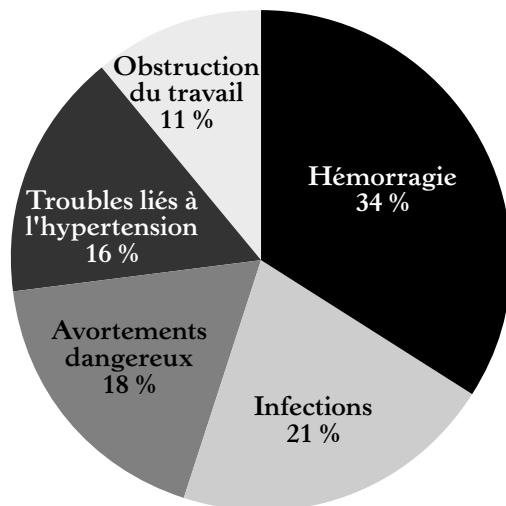


## Causes de mortalité maternelle

La majorité des décès liés à la maternité ont lieu après l'accouchement – la plupart dans les 24 heures. Un quart environ surviennent pendant la grossesse et 15 pour cent lors de l'accouchement<sup>13</sup>. La cause médicale la plus commune est l'hémorragie, une perte de sang rapide et sévère avant, pendant ou après l'accouchement.

L'hémorragie est considérée comme cause « directe » de décès, parce qu'elle est directement associée à la grossesse et à l'accouchement. Quatre-vingt pour cent des décès maternels sont dus à des causes directes : hémorragies, infections, complications dues à des avortements dangereux et à des troubles d'hypertension (pour en savoir plus sur le rapport entre les avortements dangereux et la mortalité, voir l'encadré 1, page 8). La figure 2 illustre la contribution de chacune de ces causes à la mortalité maternelle<sup>14</sup>.

Figure 2. Causes directes de décès maternels



Source : OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale, « Réduire la mortalité maternelle » : Déclaration commune des agences de l'ONU (Genève : OMS 1999).

Les 20 pour cent restants proviennent de facteurs indirects qui sont aggravés par la grossesse, tels que le paludisme, l'anémie ou le diabète<sup>15</sup>.

La plupart des décès dus à des causes directes pourraient être évités si les femmes recevaient des soins professionnels aux moments critiques de la grossesse ou de l'accouchement. Malheureusement, de nombreuses femmes accouchent sans l'aide d'une personne compétente – un professionnel de la santé, tel qu'un médecin, une infirmière ou une sage-femme, capables de prodiguer des soins lors d'une mise au monde normale et de faire face aux complications graves de la grossesse et de l'accouchement, de stabiliser

l'état de santé des femmes et de leur procurer des soins plus appropriés<sup>16</sup>. Selon les experts, environ 15 pour cent des accouchements présentent des complications qui nécessitent l'intervention d'un personnel médical qualifié. Pourtant, seulement la moitié des accouchements dans les pays moins avancés ont eu lieu en présence de personnel médical compétent<sup>17</sup>.

La mortalité maternelle est influencée par le contexte social, économique et politique du système de santé et les réalités biologiques et culturelles des femmes qui cherchent à se faire soigner. La complexité de cette situation signifie que, même lorsque les soins nécessaires sont accessibles, les femmes n'y font pas toujours appel ou n'en profitent pas toujours<sup>18</sup>. Lors des différentes étapes de la grossesse et de l'accouchement, les soins compétents ne sont pas apportés à temps. Et ce sont ces retards qui empêchent souvent une

### Encadré 1. Avortement, planning familial et mortalité maternelle

À l'échelle mondiale, 13 pour cent environ des décès liés à la maternité sont le résultat de complications des suites d'avortements dangereux<sup>1</sup>, et dans certaines régions ce chiffre s'élève à 33 pour cent. Une grande partie de ces décès surviennent dans des pays où l'avortement est restreint par la loi, ce qui oblige les femmes à se faire avorter dans des conditions dangereuses. L'Organisation mondiale de la Santé estime que sur 20 avortements risqués, 19 ont lieu dans les régions moins avancées du monde<sup>2</sup>. Ces chiffres sont peut-être inférieurs à la réalité, car les avortements à risque sont probablement responsables de nombreux décès dont les causes ne sont pas attribuées à la maternité.

L'usage des contraceptifs, en diminuant la fréquence des grossesses et des accouchements, réduit les chances de décès<sup>3</sup>. Leur usage contribue aussi à prévenir les grossesses non désirées qui entraînent des avortements risqués mettant en danger la vie de la mère ou menaçant de la rendre stérile, ce qui peut créer des stigmates sociaux tels que la peur de l'abandon. Les contraceptifs permettent aussi aux femmes de retarder la maternité, d'espacer les naissances et de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA (grâce aux préservatifs).

Quel que soit le statut légal de l'avortement, de nombreuses vies pourraient être sauvées par des soins professionnels à la suite d'un avortement présentant des complications<sup>4</sup>. Les femmes ayant subi des interventions risquées peuvent avoir besoin de soins médicaux pour traiter des complications, telles que la septicémie, les hémorragies et

les traumatismes. Les complications de santé à long terme comprennent les maladies pelviennes inflammatoires et la stérilité<sup>5</sup>. La mortalité et la morbidité maternelle sont réduites par des soins médicaux à la suite d'un avortement, grâce aux traitements médicaux d'urgence, aux conseils et services en matière de planning familial, à une attitude non discriminatoire et à des informations sur les services de santé de la reproduction.

En Egypte, un projet a amélioré les soins médicaux après l'avortement et a augmenté l'utilisation du planning familial dans les services d'obstétrique et de gynécologie de deux hôpitaux où les patientes s'étaient fait avorter<sup>6</sup>. Ce projet favorisait la technique de l'aspiration manuelle sous anesthésie locale, méthode prouvée comme étant la plus rentable et la plus efficace médicalement pour les avortements incomplets. Ce projet éduquait les patientes et le personnel soignant à reconnaître les signes avant-coureurs de complications pouvant résulter d'un avortement incomplet et améliorait la capacité du personnel hospitalier à conseiller les patientes sur les moyens contraceptifs. Bien que peu de patientes ait été conseillées quant à leurs options de planification familiale avant l'enquête, plus de la moitié d'entre elles ont discuté de contraception avec le personnel soignant après. Le projet a eu aussi un impact positif très important sur les procédures de contrôle des infections. Alors que l'enquête effectuée avant que ce projet ne soit mis en place avait déterminé que seulement 60 pour cent des docteurs opéraient avec des gants stériles, leur utilisation s'est quasi généralisée après l'étude.

#### References

1. Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda : priorities for the next decade* (Washington, DC : Family Care International, 1998) : 56.
2. « Unsafe abortion – a major public health problem », *Safe Motherhood* 28, no. 1 (2000) : 4.
3. Barbara Shane, *Le planning familial sauve des vies* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1997) : 1.
4. Jerker Liljestret et Kristina Gryboski, « Maternal mortality as a human rights issue », dans *Reproductive health and rights :*

*reaching the hardly reached* (Washington, DC : PATH et Women's Reproductive Health Initiative, 2001).

5. « Unsafe abortion a worldwide problem », *Safe Motherhood* 28, no. 1 (2000) : 1.

6. Dale Huntington, Ezzeldin Osman Hassan, Nabil Attallah, Nahid Toubia, Mohamed Naguib et Laila Nawar, « Improving the medical care and counseling of postabortion patients in Egypt », *Studies in Family Planning* 26, no. 6 (1995) : 350-62.

maternité sans risques<sup>19</sup>. Les femmes et leurs familles ou leurs prestataires de soins ne reconnaissent pas toujours les signes avant-coureurs de complications dangereuses. Les femmes hésitent à se faire soigner, elles craignent de mauvaises traitements, des honoraires exorbitants, ou des soins de mauvaise qualité dans les centres médicaux. Dans certains cas, les femmes n'arrivent pas à temps aux centres de soins. Même les accouchements dans les centres médicaux peuvent présenter des risques, du fait de la médiocrité des soins obstétricaux, du manque de matériel médical ou de réserves de sang insuffisantes. Tous ces facteurs interdépendants sont le reflet du niveau de développement socio-économique d'un pays.

### **Conséquences de la morbidité et de la mortalité maternelles**

Étant donné que la grande majorité des femmes qui meurent ou qui souffrent de lésions sérieuses du fait de la maternité sont dans la force de l'âge, leurs maladies et leurs décès ont un impact considérable à la fois sur leurs familles et sur la communauté. Les familles sont privées de la contribution essentielle des femmes pour s'occuper de la maison, des enfants et des autres membres de la famille. De ce fait, le régime nutritionnel dans les familles sans mère a tendance à se détériorer<sup>20</sup>. Le taux de scolarisation des enfants survivants est lui aussi susceptible de diminuer. Les infirmités maternelles liées à la grossesse et à l'accouchement, telles que l'anémie et la malnutrition, ont également un impact sur la santé des enfants. Les nouveau-nés de mères mal nourries ont un poids faible à la naissance, ce qui peut provoquer des retards de développement, des handicaps et la mort prématurée.

Selon les études effectuées, les nouveau-nés dont la mère meurt ont moins de chances de survivre<sup>21</sup>. L'insuffisance des soins maternels lors de la grossesse et de l'accouchement est en grande partie responsable des quelque 8 millions de mort-nés et de décès de nouveau-nés qui se produisent chaque année à travers le monde. Ces décès se produisent juste avant ou pendant l'accouchement, ou dans la première semaine de vie de l'enfant<sup>22</sup>.

La survie des enfants plus âgés est également affectée par le décès de la mère. Une étude effectuée au Bangladesh a démontré que les enfants de moins de 10 ans avaient jusqu'à dix fois plus de risques de mourir après le décès de leur mère que quand la mère était en vie<sup>23</sup>. Quand une mère meurt, sa communauté perd un membre productif et son travail, rémunéré ou non. Son pays perd ce qu'il a investi dans sa santé et son éducation, ainsi que sa contribution escomptée à l'économie.

Enfin, les complications de la grossesse et de l'accouchement imposent un lourd fardeau sur le système de santé. Les décès et les lésions dus à la maternité contribuent de façon importante au fardeau total que représente la mauvaise santé de la reproduction. Selon une étude menée sur le fardeau mondial des maladies, les maternités constituent la moitié du fardeau de la mauvaise santé de la reproduction<sup>24</sup>. La santé de la reproduction est définie comme un état de total bien-être, physique, mental et social, et non pas comme simplement l'absence de maladie ou d'infirmité pour tout ce qui concerne le système reproducteur, ses fonctions et ses processus<sup>25</sup>.

# Soutien de la communauté internationale aux mesures veillant à assurer une maternité sans risques

« *La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales* ».

—Article 25, Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948

Depuis la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, au moins 14 conventions et conférences internationales ont affirmé et réaffirmé que la maternité sans risques est un droit et identifié le rôle central des interventions en matière de maternité dans la santé féminine. En adoptant ces conventions, les gouvernements se sont engagés à améliorer la santé maternelle et ils peuvent être tenus responsables de la mise en œuvre de ces plans d'action.

L'une des voix les plus éloquentes en faveur de la réduction de la mortalité maternelle est l'Initiative pour la maternité sans risques (Safe Motherhood Initiative – SMI)<sup>26</sup>. Cette alliance d'organisations internationales et non gouvernementales fondée en 1987 œuvre à améliorer la sensibilisation, définir les priorités, stimuler les recherches, mobiliser les ressources, offrir un soutien technique et partager l'information. La SMI travaille en coopération avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux de plus de 100 pays. Dans les dix années qui ont suivi cette initiative, les partenaires ont développé des programmes modèles, testé de nouvelles technologies et procédé à des recherches dans une grande variété de pays et de situations.

Le but initial de cette initiative était de réduire de moitié la mortalité maternelle d'ici à l'an 2000. Dans les années 1990, plusieurs accords internationaux ont fixé des buts semblables ou plus exigeants pour la réduction de la mortalité maternelle<sup>27</sup>. Au-delà de ces objectifs, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a appelé, de façon plus large, au « droit à l'accès aux soins de santé appropriés qui permettent aux femmes d'avoir une grossesse et un accouchement sans risques »<sup>28</sup>. Si les gouvernements faisaient de l'accès aux soins maternels une priorité, bien moins de femmes mourraient pendant l'accouchement.

Dans les années 1980 et au début des années 1990, les décideurs politiques se sont concentrés sur des interventions destinées à sauver des vies de femmes : dépistage prénatal de risques et formation des accoucheuses traditionnelles (AT) – personnes sans formation médicale remplissant les fonctions de sage-femme. Les experts, cependant, reconnaissent maintenant que, bien que le dépistage prénatal puisse permettre de détecter et soigner certaines conditions à risques<sup>29</sup>, la plupart des décès de femmes n'étaient pas toujours classés comme appartenant à une catégorie à « haut risque ». Du fait que chaque femme risque

des complications impossibles à prévoir, l'approche « haut risque » n'est plus recommandée<sup>30</sup>. Le nouveau modèle de soins prénatals met l'accent sur des examens impliquant essentiellement des actions reconnues pour sauver la vie des femmes, y compris faciliter les rapports entre les différents centres de soins et conseiller sur les mesures à prendre dans les cas où des complications dangereuses se développent<sup>31</sup> (voir encadré 2, page 12). Les chercheurs sont également en train de réévaluer l'utilité de former les accoucheuses traditionnelles. Sans connaissances médicales, matériel et équipement, ces membres de la communauté peuvent assister les femmes dans les accouchements normaux, mais elles ne sont généralement pas à même de faire face aux complications dangereuses<sup>32</sup>. Dans les cas où les femmes mettent des enfants au monde chez elles avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, les chercheurs préconisent que l'on apprenne à celles-ci à reconnaître les complications graves et à aiguiller les femmes qui ont besoin de soins d'urgence vers un personnel compétent. Dans certains pays, les experts recommandent une élimination progressive des accoucheuses traditionnelles en faveur de personnel soignant plus compétent.

### **Ce que les gouvernements peuvent faire**

La perception générale parmi les gouvernements et les bailleurs de fonds est que les programmes pour une maternité sans risques sont onéreux<sup>33</sup>. Selon les estimations de coût préparées par l'Organisation mondiale de la Santé, cependant, un ensemble mère/nouveau-né ou un programme de maternité sans risques complet développé à partir de ressources existantes ne coûterait que 3 dollars US par personne et par an dans un pays à faible revenu<sup>34</sup>. De plus, un rapport récent démontre que même dans des situations où les revenus sont faibles, la mortalité maternelle peut être réduite si la volonté politique est forte. Une comparaison entre 64 pays a prouvé que la réduction des taux de mortalité maternelle était étroitement liée à la proportion d'accouchements en présence de personnel qualifié plutôt qu'à la richesse relative. Cette étude concluait « ...en fin de compte, ce qu'il faut avant tout c'est créer une volonté politique et sociale suffisante à l'échelle nationale et internationale pour éliminer cette tragédie évitable »<sup>35</sup>.

Le Honduras est un exemple d'un pays ayant réussi à améliorer la santé maternelle grâce à un engagement concerté envers la maternité sans risques. Suite à une étude de 1990 révélant un taux de mortalité maternelle choquant, le gouvernement a décidé de faire de la réduction de la mortalité maternelle une haute priorité. Pour mettre en œuvre ces nouvelles mesures, le ministère de la Santé a pris les mesures suivantes :

- offre de soins d'urgence en obstétrique dans plus de centres de soins ruraux et de centres hospitaliers urbains ;
- augmentation du nombre de personnes qualifiées dépêchées dans les zones éloignées, mise en place de maternités dans les zones éloignées et amélioration du système permettant d'envoyer les femmes présentant des complications obstétricales vers ces centres ;
- formation des accoucheuses traditionnelles à l'identification des urgences obstétricales et promotion de leur intégration dans le système de soins en leur permettant de demeurer auprès des femmes qu'elles accompagnent à l'hôpital ;

## Encadré 2. Une nouvelle mission pour les soins prénatals

Au cours de la dernière décennie, les experts ont compris que ni l'accès aux soins prénatals ni leur utilisation ne permettent de prévoir quelles seront les femmes susceptibles de développer de sérieuses complications lors de la grossesse et de l'accouchement<sup>1</sup>. Le dépistage des facteurs de risques se trompe souvent dans la reconnaissance des femmes à risque de complications graves<sup>2</sup>. Alors qu'il est possible de détecter et de soigner des maladies chroniques, telles que l'anémie, le diabète et l'hypertension pendant la grossesse, du personnel de soins, même qualifié, ne peut prédire la majorité des urgences en obstétrique. Le dépistage des facteurs de risques rassure faussement les femmes appartenant au groupe dit « à faible risque » et dont le personnel soignant suppose qu'elles auront des accouchements normaux.

Cependant, les soins prénatals peuvent non seulement assurer un lien essentiel entre les femmes et le système de santé mais aussi permettre l'accès à d'autres services de soins indispensables<sup>3</sup>. Les chercheurs recommandent désormais quatre visites prénatales mettant l'accent sur les interventions dont l'efficacité a été reconnue :

- Apprendre à reconnaître les signes précurseurs de complications lors de la grossesse et de l'accouchement et où trouver des soins en cas d'urgence.
- Dans les cas où les carences en fer et l'anémie sont élevées, fournir des suppléments en fer et en acide folique<sup>4</sup> ;
- Dans les pays où les carences en vitamine A sont courantes, fournir des suppléments en vitamine A à faible dose<sup>5</sup> ;
- Fournir des conseils sur une alimentation appropriée pendant la grossesse<sup>6</sup> ;

### Références

1. E.A. Yuster, « Rethinking the role of the risk approach and antenatal care in maternal mortality reduction », *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 50 (supplement 2, 1995) : S59-61.
2. Theresa Shaver et Barbara Kinzie, « Antenatal care : old myths, new realities », présentation à MAQ Mini-University, Washington, DC, le 20 avril 2001, disponible sur le site Internet : [www.maqweb.org](http://www.maqweb.org).
3. Susan Rae Ross, *Promoting quality maternal and newborn care : a reference manual for program managers* (Atlanta : CARE, 1998).
4. Guillermo Carroli, Cleone Rooney et José Villar, « How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and morbidity : an overview of the evidence », *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15 (supplement 1, 2001) : 1-42 ; F.E. Viteri, « The consequences of iron deficiency and anemia in pregnancy on maternal health, the foetus, and infant », *Science News* 11 (1994) : 14-18 ; Brian B. Johnson, *Program for the control of anemia in pregnant women : report on the results of the qualitative research* (Arlington, Virginie : Mother-Care, 1996) ; et Lindsay H. Allen, « Anemia and iron deficiency : effects on pregnancy outcomes », *American Journal for Clinical Nutrition* 71 (supplement, 2000) : 1280S-84S.
5. Keith West et Joanne Katz, « Double-blind, cluster randomized trial of low dose supplementation with vitamin A or  $\beta$ -carotene on mortality related to pregnancy in Nepal », *British Medical Journal* 318 (1999) : 570-75.
6. Do Thi Ngoc Nga et Martha Morrow, « Nutrition in pregnancy in rural Vietnam : poverty, self-sacrifice and fear of obstructed labor », dans *Safe motherhood initiatives : critical issues*, éd. Marge Berer et T.K. Sundari Ravindran (Oxford, Angleterre : Blackwell Science, 1999) : 137-46 ; Justin C. Konje et Oladapo A. Lapidó, « Nutrition and obstructed labor », *American Journal of Clinical Nutrition* 72 (supplement, 2000) : 291-97 ; et Mary A. Mackey, « Improving nutrition and reproductive health : the importance of micronutrient nutrition », *Working Paper Series*, no. 5 (Washington, DC : The Futures Group, POLICY Project, 2000) : 1.

- collaboration avec les communautés pour faire accepter puis pour exiger des accouchements en milieu hospitalier. Plusieurs communautés maintiennent à l'heure actuelle des centres de maternité rattachés à des hôpitaux pour les femmes qui vivent dans des communautés éloignées à qui il a été conseillé d'accoucher en milieu hospitalier ou qui l'ont demandé, et
- amélioration des transports d'urgence, des infrastructures routières et des systèmes de communication.

Selon un rapport publié en 2000, les taux de mortalité maternelle ont chuté de près de moitié au Honduras entre 1990 et 1997<sup>36</sup>. Ces améliorations auraient été impossibles sans l'engagement des décideurs et un effort concerté pour renforcer la capacité totale du système de santé à améliorer la survie maternelle. En 2001, le gouvernement du Honduras a affecté 7 pour cent du produit intérieur brut aux services sociaux et de santé, pourcentage plus important que dans la plupart des pays d'Amérique latine.

Les gouvernements peuvent sauver la vie de mères en évaluant les conditions locales, en surveillant le fonctionnement des programmes de soins maternels, en renforçant les ressources et les centres existants et en éliminant les obstacles qui

- Dans certaines situations, soigner les maladies qui affectent la grossesse, telles que le paludisme, la tuberculose, l'ankylostome, les carences en iode et les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA<sup>7</sup> ;
- Vacciner contre le tétanos, ce qui protège les nourrissons ;
- Repérer les femmes victimes de violence familiale, les conseiller et les diriger vers les services appropriés<sup>8</sup> ;
- Fournir des tests de dépistage facultatifs pour le VIH et les conseils nécessaires<sup>9</sup> ; et
- Fournir des informations sur l'allaitement et la contraception.

Pour obtenir des soins prénatals, une femme doit pouvoir abandonner temporairement ses tâches ordinaires, telles que le soin des enfants, le travail ménager et autres. Certains programmes ont essayé de mettre en place une structure pour

compenser l'incapacité temporaire des femmes à assumer leurs responsabilités familiales et professionnelles et pour les éduquer, ainsi que leurs familles et leurs communautés, sur l'importance des soins prénatals. Au Pakistan par exemple, l'évaluation d'un programme d'information, d'éducation et de communication sur la maternité sans risques a permis de remarquer une nette amélioration des connaissances des femmes sur les mesures préventives à adopter lors de leur grossesse<sup>10</sup>.

La violence familiale est souvent liée à la grossesse. De ce fait, certains experts préconisent que toutes les femmes ayant recours aux soins prénatals devraient subir un dépistage en matière de violence familiale<sup>11</sup>.

7. C.E. Shulman, « Malaria in pregnancy : its relevance to safe-motherhood programmes », *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 93, no. 8 (1999) : S59-66; Linda Schultz, Richard W. Steketee, Monica Parise, Jack J. Wirima, Aggrey Oloo et Bernard Nahlen, « Malaria prevention during pregnancy : an antenatal intervention whose time has come », dans *The female client and the health care provider*, éd. Jane Hatcher Roberts et Carol Vlassoff (Ottawa : International Development Research Center, 1995) ; et Rebecca J. Stoltzfus, Michele L. Dreyfuss et Marc Albonico, « Hookworm control as a strategy to prevent iron deficiency », *Nutrition Reviews* 55, no. 6 (1997) : 223-32.

8. Jacquelyn C. Campbell, « Abuse during pregnancy : progress, policy and potential », *American Journal of Public Health* 88, no. 2 (1998) : 185-87.

9. Marge Berer, « HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity : implications for care », dans *Safe motherhood initiatives : critical issues* ; et OMS et ONUSIDA, *HIV in pregnancy : a review* (Genève : OMS/ONUSIDA, 1999).

10. Fariyal F. Fikree, Sadiqua N. Jafarey et Nazo Kureshy, *Final report : assessing the effectiveness of a safe motherhood information, education and communication counseling strategy* (Karachi, Pakistan : The Aga Khan University, Department of Community Health Sciences, 1999).

11. Campbell, « Abuse during pregnancy ». Voir aussi Lori Heise, Mary Ellsberg et Megan Gottemoeller, « Ending violence against women », *Population Reports Series L*, no. 11 (Baltimore : Johns Hopkins University, School of Public Health, Population Information Program, décembre 1999).

empêchent les femmes de recevoir les soins nécessaires. Rien de tout cela ne peut être accompli sans une véritable volonté politique et une coordination de stratégies impliquant les citoyens à tous les niveaux de la société et du système de santé.

### Évaluation des conditions locales

Du fait que chaque pays fait face à un défi particulier pour améliorer la santé des mères, les responsables de la santé maternelle doivent faire appel à une évaluation des besoins pour les guider dans la préparation de leurs programmes. Une intervention efficace dans un cas ne l'est pas forcément dans un autre<sup>37</sup>. Dans certains pays, par exemple, les femmes accouchent chez elles aidées par des personnes non qualifiées. Dans ces pays, les programmes doivent insister pour aider les familles et les accoucheuses traditionnelles à reconnaître les complications dangereuses et à référer ces cas à des centres de soins aptes à traiter les urgences obstétricales. Dans d'autres pays, les femmes mettent leurs enfants au monde dans des centres de soins équipés pour faire face aux situations compliquées et malgré cela, le taux de mortalité demeure élevé. Dans ces cas, les décideurs politiques doivent envisager un développement et un renforcement des

programmes de façon à améliorer la qualité des soins et les compétences du personnel responsable des urgences.

Les efforts appuyés par le gouvernement pour évaluer les causes de décès maternels et pour formuler des mesures appropriées pour les éviter peuvent entraîner des réformes étendues dans les soins d'obstétrique. Au Mexique, le Comité national pour la maternité sans risques a répondu à une étude qui analysait les causes de décès maternels dans trois états et qui indiquait une augmentation des taux de mortalité maternelle au cours des années 1990. Cette étude classait les décès selon plusieurs facteurs, dont les facteurs socio-économiques et culturels, les facteurs liés à la santé et les raisons pour lesquelles les femmes n'avaient pas cherché à obtenir des soins à temps. D'après les résultats, la plupart des décès avaient lieu parmi les femmes pauvres et moins éduquées, ayant un pouvoir de décision et d'autonomie limité. Cette étude a démontré que ces femmes cherchaient moins à se procurer les soins nécessaires. Les chercheurs ont identifié une liste d'interventions pour surmonter ces facteurs associés aux décès. Les résultats ont été présentés aux parties prenantes locales et nationales qui ont ensuite intégré les recommandations à l'ordre du jour pour faire face à la mortalité maternelle au niveau de l'état<sup>38</sup>.

### **Renforcement des structures et des ressources existantes**

Pour être efficaces, les interventions de maternité sans risques doivent être mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé du pays<sup>39</sup>. Les études démontrent que, dans de nombreuses circonstances, l'amélioration des services existants, les investissements visant à augmenter les connaissances et les compétences du personnel soignant, ainsi que le renforcement des systèmes d'aiguillage pour un suivi médical, peuvent avoir un impact important<sup>40</sup>. Les programmes les plus réussis sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté et du gouvernement.

Les experts recommandent que pour chaque tranche de population de 500 000 personnes soient mis en place quatre centres de soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et un centre de soins obstétricaux d'urgence complets (SOUCC)<sup>41</sup>. Les soins d'urgence de base, normalement administrés dans des centres de soins et des petites maternités, comprennent l'administration de médicaments spéciaux et les interventions de survie<sup>42</sup>. Les soins obstétricaux d'urgence complets sont généralement administrés dans des hôpitaux de district qui sont habilités à pratiquer des césariennes et des transfusions sanguines en plus des fonctions des SOUB.

Pour faire face aux complications obstétricales, un centre de soins doit disposer d'un personnel formé et d'un bloc opératoire fonctionnel, et il doit être en mesure de faire des anesthésies et des transfusions sanguines. Les centres hospitaliers urbains et les centres de soins peuvent souvent être habilités à prodiguer des soins obstétricaux d'urgence en apportant quelques modifications à leurs ressources existantes : en rénovant un bloc opératoire existant ou en équipant un nouveau ; en réparant ou achetant de l'équipement chirurgical ou de stérilisation ; en convertissant des locaux inutilisés dans les hôpitaux ou centres de soins pour en faire une salle de soins obstétricaux d'urgence de base ou



complet ; en formant les médecins et les infirmières à faire des interventions de survie ; et en utilisant mieux les ressources existantes. Pour faire face à des accouchements difficiles, le personnel soignant doit être capable de gérer des urgences obstétricales 24 heures sur 24.

Le Sri Lanka fournit l'exemple d'un pays ayant apporté des améliorations notables dans le domaine de la santé maternelle au cours des 50 dernières années malgré un faible niveau de ressources. Dans les années 1920, quand le programme de santé maternelle et infantile a été lancé au Sri Lanka, le taux de décès maternels était très élevé. Pour 100 000 naissances vivantes, on comptait environ 2 200 décès maternels.

Le déclin de la mortalité maternelle a été attribué à un développement national des systèmes de santé et de transport, à un important taux d'alphabétisation des femmes et au statut relativement élevé des femmes. Quatre-vingt huit pour cent des femmes savent lire et écrire et les fillettes ont accès à l'éducation gratuite jusqu'à l'université. L'âge au mariage et la proportion de femmes utilisant des contraceptifs sont aussi supérieurs à la norme régionale. De plus, la plupart des accouchements ont lieu dans des centres de soins qui participent à un système d'aiguillage des femmes ayant besoin de soins spéciaux. Enfin, plus de 96 pour cent des accouchements au Sri Lanka ont lieu en présence de personnel qualifié<sup>43</sup>.

Bien qu'il soit estimé, aujourd'hui, que plus d'un tiers de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et que le revenu annuel par habitant est d'environ 700 dollars US<sup>44</sup>, le taux des décès maternels au Sri Lanka est inférieur à ceux enregistrés dans le reste de la région. On estime maintenant à 60 le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes<sup>45</sup>.

### **Suivi des progrès**

Bien que les taux de mortalité maternelle soient difficiles à mesurer<sup>46</sup>, les pays ont tout intérêt à déployer les efforts nécessaires pour évaluer les taux de morbidité et de mortalité maternelles. Les statistiques mettant en lumière l'étendue de la mortalité maternelle peuvent inspirer les décideurs à agir en matière de santé maternelle. Les estimations de décès maternels, telles que le taux de mortalité maternelle (TMM), ne sont pas des outils utiles pour évaluer les progrès à court terme ni pour faire des comparaisons entre les pays<sup>47</sup>. Les directeurs de programmes, cependant, peuvent faire le bilan de la performance des programmes de santé maternelle en étudiant les causes sous-jacentes de la

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Pour être efficace, le système d'interventions en faveur d'une maternité sans risques doit fonctionner à tous les niveaux du système de santé du pays. Comme par exemple cette maternité régionale dans le district de Zaghouan en Tunisie qui fait partie d'une structure qui délivre des soins obstétricaux dans des régions éloignées grâce à des cliniques mobiles.*

mortalité maternelle et en surveillant les progrès accomplis grâce à un éventail d'indicateurs.

Un engagement politique est nécessaire pour réduire la mortalité maternelle – celui des décideurs, des professionnels des centres de soins publics et privés et celui des communautés. Cet engagement est parfois obtenu à la suite de la publication d'un rapport choquant sur la mortalité maternelle. Ainsi, aux États-Unis, l'indignation publique des années 1930 provoquée par un rapport de presse sur une étude de la mortalité maternelle dans la ville de New York a mobilisé la communauté médicale contre le nombre important de décès<sup>48</sup>. Selon cette étude, environ 66 pour cent des décès auraient pu être évités « si les soins prodigués à la femme avaient été convenables dans tous les domaines ». Ce rapport, d'après certains experts, aurait contribué de façon importante au déclin de la mortalité maternelle après 1933<sup>49</sup>. A cette époque, on comptait plus de 600 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes aux États-Unis<sup>50</sup>, soit un niveau de mortalité maternelle comparable à celui du Bangladesh aujourd'hui<sup>51</sup>. Dans les cinq ans qui ont suivi la publication de cette étude, des comités d'enquête sur la mortalité maternelle se sont constitués à travers les États-Unis, pour analyser les décès et déterminer comment les éviter.

Cependant il n'est pas facile de mesurer la mortalité maternelle avec précision. La plupart des experts s'accordent à penser que les estimations mondiales et nationales de mortalité maternelle sont inférieures à la réalité, jusqu'à deux ou trois fois moindres suivant certaines études<sup>52</sup>. Le problème est en grande partie dû au fait que les données nationales sont difficiles à obtenir. Les sondages de population sur la mortalité maternelle sont coûteux, et ce parce qu'un vaste échantillon de population doit être sondé pour obtenir des estimations correctes. D'autre part, dans certains pays moins avancés, les documents officiels ne font pas état des problèmes liés à la maternité comme raison du décès. De plus, de nombreuses femmes meurent en dehors du système de santé et de ce fait, leur décès n'est souvent pas enregistré ou est mal classifié<sup>53</sup>. Il arrive souvent, par exemple, que les décès des suites d'un accouchement ne soient pas enregistrés comme étant liés à la maternité. La honte et l'embarras ne font qu'exacerber ces problèmes. En conséquence, de nombreux décès maternels ne sont pas enregistrés – en particulier ceux causés par les avortements illégaux (voir encadré 1, page 8).

Les analystes et les activistes se servent souvent du taux de mortalité maternelle – le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes – pour décrire l'ampleur de la mortalité maternelle dans un pays. Les experts mettent cependant en garde contre la grande part d'incertitude associée au calcul de ce taux et contre son utilisation pour mesurer les tendances à court terme. Les comparaisons de taux de mortalité maternelle entre les pays ou sur une certaine période de temps peuvent aussi induire en erreur à cause des différentes méthodes d'estimation utilisées (pour en savoir plus sur le système de suivi des progrès, voir l'annexe sur les ressources techniques, page 33).

Mettre l'information sur les décès maternels à la disposition des politiciens s'est avéré utile pour favoriser l'engagement aux plus hauts niveaux. Les vérifications

cliniques ou les analyses systématiques et critiques de la qualité des soins médicaux<sup>54</sup> permettent de mieux comprendre les causes des décès maternels et comment les éviter<sup>55</sup>. Une forme de vérification consiste à enquêter sur les circonstances de chaque décès maternel<sup>56</sup>. Ces vérifications explorent soigneusement « la route de la mort » prise par chaque femme – y compris les témoignages des membres de la famille et des prestataires de soins – afin de réduire les chances que d'autres femmes suivent le même chemin. Ces enquêtes peuvent être effectuées de façon confidentielle pour éviter les blâmes<sup>57</sup>. Une autre forme de vérification cherche à établir si les soins prodigués dans un centre étaient conformes à la norme<sup>58</sup>. Les chercheurs développent également une nouvelle approche, celle de la « vérification des cas presque fatals », qui enquête sur la

### Encadré 3. Les nombreux obstacles aux soins : l'histoire de Tahera

L'histoire qui suit a été racontée par Mme Khukumoni Adhikari, une infirmière formée sur le terrain et qui fait partie d'un projet d'éducation sur l'importance des soins obstétricaux d'urgence au Bangladesh. L'histoire de Tahera démontre comment les quatre retards sont reliés.

Tahera Khatun Bulbuli, âgée de 14 ans lors de l'interview, était maîtresse de maison dans une famille pauvre du village de Patuakol au Bangladesh. Elle est tombée enceinte deux ans après avoir épousé Mehedi. Au neuvième mois de sa grossesse, elle a commencé à ressentir les douleurs du travail ainsi qu'un sévère mal de tête.

Quand Tahera en a parlé à son mari Mehedi, il a fait part des symptômes à sa mère, qui lui a conseillé d'aller chez un guérisseur pour chercher un talisman et de l'eau bénite. Le guérisseur n'était pas là et quand Mehedi est rentré chez lui, Tahera était en convulsions. L'oncle de Mehedi est arrivé et lui a conseillé d'appeler Samad Munshi, un homéopathe. Ce dernier a administré un médicament à Tahera, à la suite de quoi ses douleurs ont augmenté. Amena Khatun, une accoucheuse traditionnelle a alors été appelée. Elle a tenté d'aider Tahera jusqu'à 23h00, mais en vain.

Les convulsions de Tahera ont empiré. Mehedi est allé chercher de l'aide chez son cousin Anwar Hossain qui a fait venir un guérisseur villageois, aussi technicien en pathologie, nommé Dabirul. Quand Dabirul est venu voir Tahera à minuit, elle était toujours en convulsions. On l'avait laissée seule car tout le monde pensait qu'elle était possédée par un démon. Le pathologiste lui a fait une injection et a promis de revenir le lendemain pour lui faire un traitement de sérum physiologique si son état ne s'améliorait pas. Mais l'état de Tahera a empiré pendant la nuit. Dabirul a de nouveau été appelé et il lui a fait une autre injection de sérum physiologique. Quand

elle a perdu connaissance, Mehedi a voulu l'emmener à l'hôpital. Mais les voisins lui ont dit que le bébé était déjà mort dans le ventre de sa mère et qu'il était donc inutile de la transporter à l'hôpital. Ils lui ont dit que la famille devrait essayer de délivrer l'enfant mort-né à la maison.

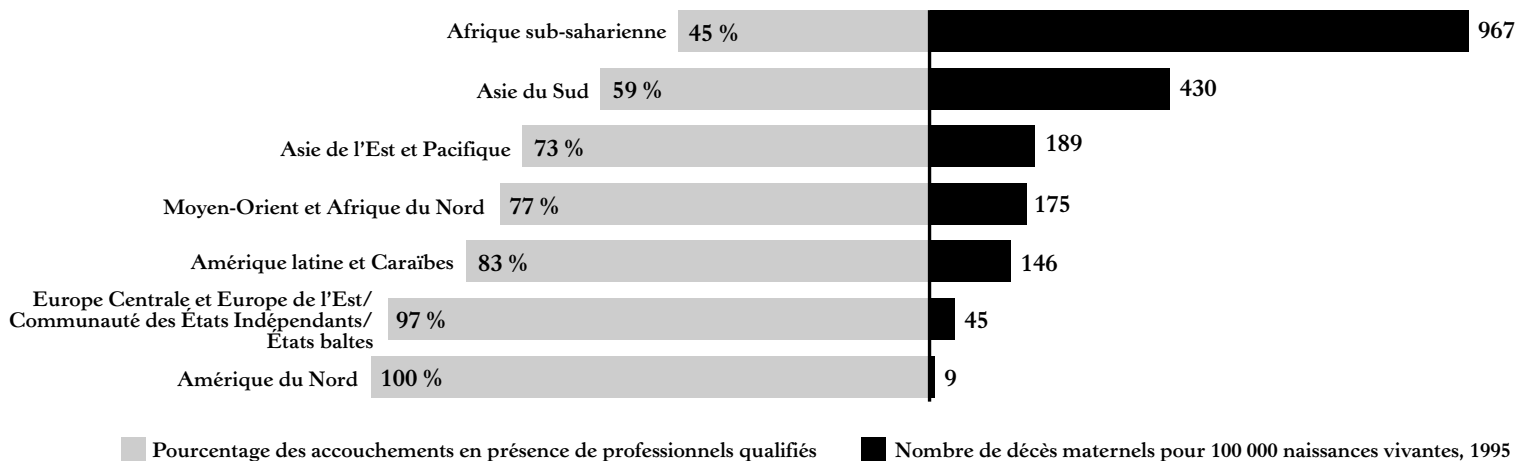
Enfin Mehedi a loué une camionnette pour emmener Tahera à l'hôpital. Mais Abul Hossain, l'un des anciens du village est intervenu, déclarant que Mehedi devait obtenir la permission des parents de Tahera. Il l'a aussi mis en garde contre le coût élevé d'une hospitalisation. Mehedi, intimidé, a laissé s'écouler une autre nuit sans véritable intervention.

Tôt le lendemain, les convulsions de Tahera ont repris de plus belle et de l'écume a commencé à se former aux commissures de ses lèvres. Son mari, se souvenant avoir vu quelqu'un présenter des symptômes similaires et mourir faute de traitement, a fait venir l'accoucheuse traditionnelle et une camionnette. L'accoucheuse traditionnelle, qui avait été formée à reconnaître les signes de danger et qui savait où envoyer les femmes quand des complications se présentaient a supplié Mehedi d'envoyer Tahera à l'hôpital. Mais le chauffeur de la camionnette a déclaré : « Ma camionnette n'est pas couverte, je ne peux pas transporter cette femme ». Désespéré, le mari lui a proposé plus d'argent. Quand Tahera a été déposée dans la camionnette, des membres de la communauté ont tenté de s'interposer, mais cette fois, l'accoucheuse traditionnelle et Anwar Hossain n'y ont prêté aucune attention. Après une demi-heure de voyage, ils ont rencontré une personne qu'ils connaissaient au volant d'un microbus et ils ont transféré Tahera dans le véhicule plus rapide. À l'hôpital, le médecin de garde a examiné immédiatement Tahera et a demandé son admission, à la suite de quoi on lui a administré les médicaments nécessaires. Une heure après son admission, Tahera a accouché sans difficulté d'une petite fille en parfaite santé.

manière dont des femmes ayant souffert des complications obstétricales presque fatales ont survécu (voir encadré 3, page 17)<sup>59</sup>.

Les directeurs de programmes peuvent évaluer les progrès à l'aide « d'indicateurs de progrès », qui mesurent la qualité des soins obstétricaux dans le système de santé<sup>60</sup>. Ces indicateurs sont moins onéreux et plus faciles à relever de façon régulière que les taux de mortalité maternelle. Ils sont donc utiles à la surveillance à court et long terme. L'indicateur de progrès le plus souvent utilisé est celui des « soins compétents lors de l'accouchement », qui établit si une femme a reçu des soins professionnels pendant le travail, la naissance et la période post-natale<sup>61</sup>. En 1999, l'Assemblée générale des Nations Unies a recommandé que les nations utilisent cet indicateur comme repère pour mesurer les progrès accomplis en matière de réduction de la mortalité maternelle. Comme l'indique la figure 3, il existe un rapport étroit entre le niveau de compétence des soins fournis lors de l'accouchement et les niveaux de mortalité maternelle. Il est bien entendu que ces soins ne peuvent être complets si le personnel soignant compétent ne dispose pas du matériel et de l'équipement suffisants, d'une infrastructure adéquate et d'un système de communication, de transport et d'aiguillage vers des spécialistes permettant un suivi médical adéquat<sup>62</sup>.

Figure 3. Soins qualifiés lors de l'accouchement et décès maternels, comparaisons régionales



Source : Calculs du Population Reference Bureau sur la base de données OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP* (Genève : OMS, 2001).

# Programmes propices à l'amélioration de la santé maternelle et à la survie des mères

*« Non seulement parce que ce sont des femmes dans la fleur de l'âge...non seulement parce que mourir à la suite d'une grossesse est l'une des plus horribles façons de mourir...mais par dessus tout parce que presque tout décès des suites d'une grossesse aurait pu être évité et n'aurait jamais dû arriver »<sup>63</sup>.*

—Mahmoud Fathalla, ancien président, Fédération internationale d'obstétrique et de gynécologie

De plus en plus de programmes aident les femmes à surmonter les obstacles auxquels elles se heurtent pour obtenir des soins d'accouchement qualifiés lorsque des urgences qui mettent leur vie en danger se présentent. Les programmes présentés ci-dessous abordent les obstacles qui empêchent les femmes d'obtenir ou de demander à temps les soins qui peuvent leur sauver la vie et présentent des stratégies pour diminuer les risques auxquels les femmes sont exposées<sup>64</sup>. Chaque programme existe dans un contexte spécifique, mais peut aussi fournir des leçons adaptables à d'autres nations ou systèmes de santé. Bien que les critères de mesure des programmes de soins de maternité soient encore en cours de développement, les programmes présentés ci-dessous ont tous reçu des évaluations positives.

## **Première cause de retard : Reconnaître les signes de danger**

De nombreuses femmes n'ont pas recours aux soins parce qu'elles-mêmes, leurs familles ou le personnel soignant ne reconnaissent pas les signes de complications fatales de la grossesse et de l'accouchement. De plus, certaines conditions ne sont très dangereuses que sous leur forme la plus extrême. Il est particulièrement difficile de déterminer si un saignement excessif ou un accouchement prolongé met la vie de la mère en danger. Même lorsqu'une condition est reconnue comme étant grave, les femmes, leurs époux et les membres de leurs familles ne sont pas toujours sûrs de ce qu'il convient de faire.

Au Guatemala, un projet communautaire d'information, d'éducation et de communication visait à améliorer la capacité des femmes indigènes à reconnaître les signes de danger et à agir de façon efficace en cas d'urgence. Le projet a utilisé la radio comme méthode d'éducation et des réunions de groupe pour transmettre les informations. Un feuilleton radiophonique décrivait les complications sérieuses qu'une femme devrait pouvoir reconnaître et le projet a mobilisé des femmes mayas pour expliquer comment reconnaître les signes de danger et que faire lorsqu'ils se manifestent. Une évaluation du

projet a montré que les femmes qui avaient participé aux réunions de groupe avaient mieux compris comment reconnaître les complications majeures de la grossesse et de l'accouchement, notamment l'hémorragie, l'obstruction d'accouchement et les troubles dus à l'hypertension<sup>65</sup>.

Dans de nombreuses communautés, des normes de douleur et de saignement au moment de l'accouchement ont été établies<sup>66</sup>. En Bolivie, par exemple, les femmes appartenant aux groupes indigènes aymara et quechua considèrent le saignement comme un processus de purification. À cause de cette croyance, le saignement peut continuer plus longtemps qu'il ne le devrait<sup>67</sup>. Des chercheurs ont identifié cette croyance lors de recherches d'informations pour une intervention communautaire dans le cadre de la maternité sans risques et l'information a été utilisée pour développer un plan de communication sur la santé pour ces communautés<sup>68</sup>. Le projet a ensuite réalisé des affiches, des brochures et un feuilleton radiophonique pour aider le personnel soignant à éduquer les femmes et leurs familles sur les signes de danger et les mesures à prendre lors de complications.

Le saignement excessif causé par un placenta non expulsé est la cause principale de la mortalité maternelle au Nicaragua. L'histoire ci-dessous est celle d'une femme qui est arrivée au centre médical d'El Cua, un district de Jinotega

au Nicaragua en novembre 2000<sup>69</sup>. Elle a survécu car la femme qui l'a aidée lors de son accouchement a reconnu qu'elle était en danger. L'histoire a été racontée par un participant d'un projet qui travaillait sur l'amélioration de la qualité des soins d'accouchement dans plusieurs centres médicaux au Nicaragua (pour plus d'informations sur le projet, voir la quatrième cause de retard, page 29).

Lorsque Leonor Zelaya a donné naissance à son premier enfant dans sa maison du petit village d'Arenal, l'accoucheuse traditionnelle présente s'est rendu compte qu'il y avait un problème. Elle savait que lorsque le placenta d'une femme n'est pas expulsé 30 minutes après la naissance de son enfant, elle risque une hémorragie mortelle. La sage-femme a demandé au frère de la femme d'aller au centre médical d'El Cua pour chercher de l'aide. Le frère de Madame Zelaya a marché jusqu'à la grande route, a hélé un véhicule qui passait et s'est rendu au centre médical pour signaler le problème. Le centre médical a envoyé une ambulance pour évacuer la mère. Dans l'heure et demie qui a suivi son accouchement, la femme est arrivée au centre

médical où un médecin l'a immédiatement soignée selon les protocoles établis par le projet. Lorsque les visiteurs ont quitté la clinique, Madame Zelaya se reposait confortablement et allaitait son petit garçon.

Une partie du processus de prise de conscience du problème est de savoir que faire lorsque des complications se présentent. A Karachi, au Pakistan, une campagne d'information, d'éducation et de communication a sensibilisé la communauté aux signes de danger et à l'importance d'envoyer rapidement les

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Le but de chaque mère est de voir son enfant dormir paisiblement, comme ce nouveau-né à Matagalpa, Nicaragua. Cependant, il arrive que des retards à reconnaître les complications mettent les mères et les nouveau-nés en danger.*

mères à un centre de santé équipé pour traiter les urgences obstétricales. Le programme, qui formait le personnel de santé à dispenser des conseils, a aussi établi un partenariat avec l'hôpital le plus proche afin que ce dernier accueille les membres de la communauté. Une évaluation de l'assistance fournie aux femmes enceintes et à leurs époux, qui incluait la nécessité d'avoir un plan d'urgence, a montré, chez la population, une amélioration de la connaissance des mesures préventives pendant la grossesse ; par exemple, l'importance de discuter et d'obtenir la permission des anciens de la famille, des maris ou des deux, pour être envoyée dans un hôpital en cas d'urgence obstétricale<sup>70</sup>.

**Solutions** : Les programmes qui ont réussi abordent la cause de retard numéro un en :

- Sensibilisant les communautés aux signes de complications fatales ; et en
- Eduquant les femmes, leurs partenaires et leurs familles sur quand et où trouver les soins en cas de complications.

### **Deuxième cause de retard : Décider d'avoir recours aux soins**

Même quand les femmes reconnaissent que leur vie est en danger, il arrive qu'elles tardent trop à avoir recours aux soins. Souvent, les femmes ne prennent pas ces décisions seules ; d'autres membres de la famille, de la communauté ou des accoucheuses traditionnelles peuvent ne pas prendre les décisions opportunes quant à la nécessité d'avoir recours à des soins. Cette hésitation à agir peut être le résultat d'un manque de confiance vis-à-vis du personnel de santé – la crainte de recevoir des soins de mauvaise qualité ou déshumanisants – ou le souci lié aux coûts des services. Dans certains pays, les femmes hésitent à avoir recours aux soins car elles préfèrent avoir affaire à des femmes. Dans le Pakistan rural où il y a peu de femmes médecins, la pudeur des femmes peut les empêcher d'avoir recours à des soins qui pourraient leur sauver la vie<sup>71</sup>.

L'histoire de Tahera (voir encadré 3, page 17), une jeune femme du Bangladesh, illustre combien de facteurs peuvent contribuer à la prise d'une mauvaise décision :

- l'incapacité à reconnaître les signes de complications graves ;
- une mauvaise connaissance des endroits où obtenir des soins en cas de complications ;
- l'incapacité des maris à décider que faire en raison de leur manque de connaissance ;
- l'inefficacité de la prise de décision en raison de la façon dont le pouvoir est partagé au sein de la communauté ;
- l'utilisation initiale de remèdes locaux inefficaces ;
- les craintes du coût potentiel des soins de maternité d'urgence ;
- l'opposition de la communauté ; et
- les problèmes de transport.

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Les membres de l'Alliance du ruban blanc pour une maternité sans risques (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood) au Népal ont développé une campagne d'éducation pour augmenter les aptitudes de chacun à reconnaître les signes de complications qui peuvent se présenter avant, pendant et après l'accouchement.*

Cette photo n'a pas  
été publiée par respect  
des droits d'auteur.

*Les programmes qui apprennent aux membres d'une communauté à rechercher les soins adéquats en temps utile lors de complications survenant pendant une grossesse ou un accouchement peuvent sauver bien des vies. Au Bangladesh, un programme collabore avec des accoucheuses traditionnelles et d'autres membres de la communauté pour répondre plus rapidement aux urgences.*

Mais l'histoire finit bien, en partie grâce à la formation en soins obstétricaux d'urgence qu'avait reçue la personne qui a aidé la jeune femme à aller à l'hôpital. Le projet qui a offert cette formation éduque les accoucheuses traditionnelles, le personnel soignant ainsi que d'autres membres de la communauté pour leur permettre d'identifier les barrières, les informe et crée un environnement qui permet aux femmes et à leurs familles d'obtenir des soins obstétricaux d'urgence au niveau du district de Thana. La promotion des droits de la femme fait en outre partie intégrante des efforts visant à améliorer l'accès des femmes aux soins obstétricaux au Bangladesh.

L'histoire de Tahera illustre aussi le fait que les hommes peuvent être mal conseillés quand leur femme développe des complications<sup>72</sup>. Dans de nombreux cas, ce sont les partenaires masculins et les parents de la femme qui prennent la décision cruciale d'avoir recours aux soins ou non, situation dangereuse lorsqu'ils ignorent les signes de complications et comment chercher de l'aide (voir encadré 4)<sup>73</sup>.

Le volet financier peut représenter un obstacle important à la décision d'avoir recours aux soins qui peuvent sauver la vie. Dans de nombreux cas, il y a des coûts imprévus associés aux urgences obstétricales<sup>74</sup>. Par exemple, une étude des dépenses de santé par ménage faite au Maroc a montré qu'un pourcentage significatif de personnes ayant utilisé les services publics ont encouru des coûts considérables bien que les frais des usagers soient censés être minimales dans les services publics<sup>75</sup>. Les femmes ont dû utiliser leurs économies personnelles et familiales pour payer les médicaments, les examens, les frais de chirurgie et de radiographie, ainsi que les autres dépenses occasionnées par leur séjour à l'hôpital.

Certains pays ont développé des systèmes d'assurance communautaires pour que le coût des soins ne soit pas dissuasif. En Indonésie, par exemple, le projet pour la maternité sans danger du ministère de la Santé a mis en place un système de coupons (contrats basés sur les résultats attendus) pour encourager l'utilisation des services de sages-femmes par les villageois à revenus modestes dans 10 districts du centre de Java. Le projet a fourni aux ménages remplissant les conditions requises des carnets de coupons pour des services de santé tels que les soins prénatals, l'accouchement, les soins post-partum et du nouveau-né et pour d'autres services de soins visant la communauté toute entière. Les sages-femmes du village ont été rémunérées pour chaque coupon utilisé et pouvaient aussi recevoir une compensation pour chaque mère décidant de consulter du personnel médical qualifié. Les sages-femmes étaient payées si elles accompagnaient les mères aux centres de soins auxquels elles étaient adressées. Les résultats d'une évaluation effectuée en 2000 suggèrent que le programme a stimulé l'utilisation des services de sages-femmes par ceux qui ont reçu des coupons<sup>76</sup>. De plus, les contacts développés avec les clients grâce aux coupons semblent avoir aidé de nombreuses sages-femmes à s'établir plus rapidement.



## Encadré 4. Le rôle des sexes dans la maternité sans risques

« Personne ne m'a rien dit. Je ne savais pas que ma femme pouvait mourir en couches. Les hommes feraient plus s'ils connaissaient les risques »<sup>1</sup>.

— Un homme indonésien dont la femme est morte en couches

Le rôle des sexes affecte les soins maternels. Quand des complications se développent pendant une grossesse ou lors de l'accouchement, il est fréquent que les femmes ne soient pas en mesure d'exprimer comment elles désirent être soignées. Ce sont donc les hommes de la famille qui doivent décider. Cependant, il est rare que ces derniers fassent le bon choix quand il s'agit de rechercher de l'aide médicale durant une grossesse ou un accouchement, en partie parce qu'ils ne sont pas conscients du danger potentiel. Un sondage, effectué en Inde, au Pakistan et au Bangladesh, sur la participation des hommes dans les programmes de santé reproductive a révélé que ces derniers ont tendance à aborder les problèmes de santé de façon conventionnelle, comme par exemple en évaluant la situation sous un angle économique<sup>2</sup>.

Les recherches suggèrent que si les hommes apprennent à mieux reconnaître les signes précurseurs de danger et s'ils savent comment y faire face, ils pourront jouer un rôle crucial pour sauver des vies pendant la grossesse et l'accouchement<sup>3</sup>.

Au Nigeria par exemple, une étude a démontré que dans l'État d'Osun les femmes ne reçoivent pas les soins nécessaires lors d'urgences obstétricales. Cela est en partie dû au fait que ce sont les hommes qui décident de la manière dont leurs femmes utilisent le système de soins. A la suite de quoi, le Centre pour la recherche, l'évaluation des ressources et le développement (Centre for Research, Evaluation Resources and Development) a conçu un projet pour éduquer les membres de la communauté à reconnaître les signes de danger, comment y remédier et quel rôle les maris doivent jouer<sup>4</sup>. Le projet a diffusé l'information à la radio, à la télévision, dans les journaux, par le biais de « sociétés coopératives » locales, par des tracts, par des crieurs publics, par les églises et les mosquées et sur des affiches. On estime que cet effort a réussi, en particulier parce qu'il a permis aux communautés d'aborder des discussions importantes. La majorité des hommes a déclaré qu'ils « persuaderaient les membres de leur famille et leurs amis de s'occuper de leurs femmes enceintes de manière appropriée ».

Souvent, les femmes ne sont pas à même de prendre les décisions sur les soins médicaux pendant leur grossesse. Mais l'obtention de ces soins n'est qu'une des facettes de la maternité sans risques. Dans de nombreux pays, les femmes sont peu instruites, mal alimentées et ont un pouvoir de décision limi-

Cette photo n'a pas été publiée par respect des droits d'auteur.

*Les hommes peuvent sauver des vies pendant une grossesse et un accouchement.*

té, de faibles ressources et un accès restreint aux services sociaux<sup>5</sup>. Comme l'a expliqué Shireen Jejeebhoy à Colombo, Sri Lanka, lors de la Safe Motherhood Technical Consultation en 1997, « le pouvoir de décision est crucial pour la santé des femmes car il leur permet d'exprimer clairement leurs besoins et leurs soucis en matière de santé, d'avoir confiance et d'avoir un accès immédiat aux services et d'exiger du personnel soignant et des directeurs de programme une attitude responsable »<sup>6</sup>.

Les mesures et les programmes qui soutiennent les possibilités éducatives, économiques et politiques pour les femmes contribuent tous à rendre la maternité moins dangereuse<sup>7</sup>.

### References

1. Mona K. Moore, « Getting the message across : communicating safe motherhood », *Safe Motherhood Newsletter* 19, no. 3 (1995).
2. Nancy Piet-Pelon, Ubaidur Rob et M.E. Khan, *Men in Bangladesh, India and Pakistan : reproductive health issues* (Dhaka, Bangladesh : Kharshaf Publishers, 1999).
3. Sylvie I. Cohen et Michele Burger, « Partnering : a new approach to sexual and reproductive health », *Technical Paper* no. 3 (New York : Fonds des Nations Unies pour la population, 2000).
4. Alfred Adewuyi, *Pregnancy care : understanding male involvement in maternal emergencies* (Osun State, Nigeria : Centre for Research, Evaluation Resources and Development, 1999).
5. Ce Shen et John B. Williamson, « Maternal mortality, women's status and economic dependency in less developed countries : a cross-national analysis », *Social Science and Medicine* 49 (1999) : 197.
6. Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda : priorities for the next decade* (Washington, DC : Family Care International, 1998) : 13.
7. Jerker Liljestret et Kristina Gryboski, « Maternal mortality as a human rights issue », dans *Reproductive health and rights : reaching the hardly reached* (Washington, DC : PATH et le Women's Reproductive Health Initiative, 2001) ; Barthelemy Kuate Defo, « Effects of socioeconomic disadvantage and women's status on women's health in Cameroon », *Social Science and Medicine* 44, no. 7 (1997) : 1023-42; et S. Akbar Zaidi, « Gender perspectives and quality of care in underdeveloped countries : disease, gender and contextuality », *Social Science and Medicine* 43, no. 5 (1996) : 721-30.

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

Le gouvernement bolivien a mis en place un Programme national d'assurance mère-enfant pour encourager la fréquentation des centres de santé.

La Bolivie a aussi fait des efforts pour s'attaquer au problème du coût des soins de maternité. En 1996, une étude a montré que 60 pour cent seulement des naissances se faisaient en présence de personnel soignant qualifié et que plus de la moitié de la population n'utilisait pas de services officiels de santé publique, principalement parce que les services étaient perçus comme étant trop chers. Pour les femmes, le coût représentait un obstacle majeur au recours à des soins médicaux adaptés ; celles qui accouchaient dans un service public devaient payer des frais médicaux, des frais d'anesthésie et d'antibiotiques, ainsi que des frais de matériel de chirurgie tels que des gants et la gaze chirurgicale. Dans un effort d'amélioration de la qualité des soins de santé de la mère et de l'enfant dans le pays, le gouvernement bolivien a développé et mis en place la loi sur la participation populaire qui, entre autres choses, a établi l'assurance nationale mère-enfant et le programme de l'enfance dans le but de

### Encadré 5. Les mères adolescentes : un groupe aux besoins particuliers

La santé d'une jeune femme qui devient mère entre 15 et 19 ans et la santé de son enfant sont souvent menacées. Les chiffres illustrent ce risque accru : en dessous de 17 ans, les femmes ont plus de risques d'accoucher prématurément, de faire des fausses couches, d'accoucher d'enfants mort-nés. Elles sont également quatre fois plus à risque que les femmes de plus de 20 ans de mourir de causes liées à leur grossesse<sup>1</sup>. Du fait que la croissance n'est pas encore complètement terminée à l'adolescence, notamment la taille et le bassin, le corps n'est pas encore suffisamment développé pour supporter une grossesse. Ceci augmente les risques d'obstruction lors de l'accouchement et d'un travail prolongé qui peuvent créer des séquelles permanentes, la mort de l'enfant ou celle de la mère. Selon les études, les adolescentes sont beaucoup plus à risque que les femmes plus âgées de souffrir de fistules obstétricales (déchirures entre le vagin et le canal urinaire ou le rectum qui causent des incontinences urinaires et fécales). Une étude au Niger a prouvé que tous les cas de fistules surviennent chez des femmes entre 15 et 19 ans<sup>2</sup>. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables dans les deux années qui suivent le début de la menstruation<sup>3</sup>.

L'histoire suivante est celle d'une adolescente de l'Asie du Sud-Est ayant besoin de services de santé reproductive, y

compris le planning familial, les soins prénatals, l'accouchement et les soins après l'accouchement.

Quelques mois après ses 15 ans, Aziza s'est mariée et elle a emménagé chez son mari. Sa mère avait prié avec ferveur avant son départ pour que, *insha Allah* – arabe pour « si Dieu le veut » – Aziza donne bientôt un fils à son mari, afin d'affermir son statut dans le nouveau foyer. Quand quelques mois plus tard, Aziza a commencé à avoir des nausées matinales, les deux familles se sont réjouies.

Au fur et à mesure qu'a progressé sa grossesse, son mari a remarqué qu'elle était pâle et toujours fatiguée. Le docteur a confirmé qu'Aziza souffrait d'anémie sévère et qu'elle ne gagnait pas assez de poids. Le docteur a dit qu'elle était trop jeune pour avoir un bébé. Il a mis en garde la famille sur les complications possibles pendant la grossesse et l'accouchement, car Aziza n'était guère plus qu'une enfant elle-même et que son corps n'était pas suffisamment développé.

Pendant les visites prénatales, le docteur a déconseillé un accouchement à la maison, mais quand les contractions d'Aziza ont commencé avec trois semaines d'avance, la belle-mère d'Aziza a ignoré ses conseils. Les bébés doivent naître à la

#### References

1. Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Le progrès des nations* (New York : UNICEF, 2000) : 17.

2. Judith Senderowitz, « Adolescent health : reassessing the passage to adulthood », *World Bank Discussion Paper*, no. 272 (Washington, DC : Banque mondiale, 1995).

3. Jerker Liljestret, « Care for adolescent pregnancy and childbirth », *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 75, no. 2 (2001) : 111-21.

4. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, *Adolescence : the critical phase. The challenges and the potential* (New Delhi: OMS, 1997).

fournir des services gratuits aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans dans plus de 300 municipalités<sup>77</sup>. Au titre de ce programme d'assurance, la couverture pour les femmes enceintes inclut quatre visites prénatales, l'accouchement à l'hôpital, le traitement des complications obstétricales et une consultation post-partum. Le programme a été promu grâce à des annonces publiques à la radio et à la télévision, des charlas (groupes de discussions dans la communauté) ou des discussions informelles. Un an après l'application de la loi de participation populaire, les visites prénatales avaient augmenté de 80 pour cent, les accouchements dans des établissements publics de presque 50 pour cent et le traitement hospitalier des cas d'urgences de 90 pour cent<sup>78</sup>. Une évaluation du programme d'assurance après la deuxième année d'opération a montré qu'il avait stimulé l'utilisation de soins de maternité. Il a aussi été établi que l'utilisation du programme était la plus élevée parmi les pauvres et relativement élevée chez les adolescentes, des groupes qui, auparavant, n'utilisaient pas les services de santé conventionnels (voir encadré 5)<sup>79</sup>.

maison. Quatorze heures plus tard, Aziza a été emmenée en pousse-pousse à l'hôpital.

Le travail a été compliqué : la poche des eaux s'était rompue une vingtaine d'heures auparavant. Aziza était faible et épuisée. Pour lui sauver la vie, le docteur a pratiqué une césarienne. Aziza a fait une hémorragie qui a mis sa vie en danger, mais elle a survécu ainsi que la petite fille qui venait de naître.

Le docteur a mis le mari d'Aziza en garde contre les dangers d'une seconde grossesse trop rapprochée. L'assistant médical présenta les options contraceptives pour empêcher une autre grossesse. Le mari d'Aziza a compris la chance qu'ils avaient eue.

« J'ai fait une erreur qui ne se répétera pas dans notre famille », a-t-il annoncé à sa mère lorsqu'il est rentré chez lui. « Notre petite Husaina sera forte et nourrie au sein. Elle n'aura pas d'autre frère et sœur pendant au moins trois ans. Elle ira à l'école et ne se mariera pas avant l'âge de 20 ans »<sup>4</sup>.

Alors qu'Aziza voulait avoir un enfant, de nombreuses adolescentes tombent enceintes sans le vouloir. Les risques de grossesse pour les jeunes femmes sont aggravés par le manque

d'information sur la contraception. Parce que la grossesse chez les adolescentes est souvent non désirée ou tombe à un mauvais moment, de nombreuses jeunes femmes choisissent d'interrompre leur grossesse. Même dans les endroits où les services d'avortement légal sont disponibles, leur accès est souvent restreint pour les adolescentes en raison de barrières économiques, géographiques ou culturelles. Quelle que soit la loi en vigueur, les jeunes femmes iront le plus souvent rechercher les services d'une personne non qualifiée, ou elles tenteront des avortements dangereux et tardifs qu'elles provoqueront parfois elles-mêmes. En conséquence, le nombre de jeunes femmes qui souffrent de complications ou qui meurent des suites d'un avortement est disproportionné<sup>5</sup>.

Il a été prouvé que la mortalité maternelle chez les adolescentes pourrait être réduite par des programmes et des mesures encourageant les mariages et les grossesses plus tardifs et élargissant les possibilités économiques et éducatives des filles et des femmes<sup>6</sup>.

5. Cynthia Salter, Heidi Bart Johnston et Nicolene Hengen, « Care for post-abortion complications : saving women's lives », *Population Reports Series L*, no. 10 (Baltimore : Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, septembre 1997).

6. Judith Senderowitz, *Review of program approaches to adolescent reproductive health*, Poptech Assignment, no. 176 (Washington, DC : Poptech, 2000).

**Solutions** : Les programmes qui ont réussi traitent de la deuxième cause de retard en :

- encourageant les familles et les communautés à développer des plans d'action en cas d'urgences obstétricales ;
- relevant le statut des femmes pour qu'elles aient le pouvoir de prendre des décisions cruciales à leur santé ;
- renforçant les liens entre les communautés et les professionnels de santé ;
- améliorant les relations entre les guérisseurs traditionnels et le personnel de santé qualifié ;
- améliorant les compétences interpersonnelles des professionnels de santé par l'utilisation de l'information sur la manière dont la communauté définit la qualité des soins ;
- éduquant les femmes et leurs familles sur les endroits où obtenir des soins en cas de complications;
- encourageant les communautés à créer des plans d'assurance pour partager les frais associés aux soins d'urgence ; et en
- encourageant l'utilisation des services de santé par les adolescents, les femmes célibataires et les groupes ethniques et linguistiques qui hésitent à utiliser les services en raison de barrières socioculturelles.

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Une assistante médicale en Inde explique aux membres de la communauté comme il est important de considérer les saignements abondants comme un signe de danger mortel. L'hémorragie est une des causes principales de la mortalité maternelle.*

### **Troisième cause de retard : L'accès aux soins appropriés**

Des obstacles physiques, financiers et socioculturels empêchent souvent les femmes et leurs familles d'obtenir les soins nécessaires dans les délais voulus. Les transports sont un obstacle majeur dans les pays où la géographie pose problème et où les systèmes routiers sont à la fois limités et mal entretenus. Dans les régions isolées, les véhicules sont rares et en mauvais état. Les frais

pour mettre en place des systèmes de transport d'urgence peuvent être décourageants<sup>80</sup>. Ces frais incluent le coût de location d'un véhicule privé et les frais d'essence. Le temps perdu (pendant les heures de travail) par la personne qui accompagne la femme malade peut aussi présenter un obstacle. De plus, les chauffeurs privés hésitent parfois à transporter une femme sérieusement malade de peur qu'elle saigne dans le véhicule ou qu'elle décède en route<sup>81</sup>. Certaines femmes meurent car le système d'aiguillage vers des spécialistes ne fonctionne pas et d'autres meurent en route parce que l'établissement ou le médecin est trop loin.

Partout dans le monde, de nombreux programmes tentent de résoudre ces

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Les membres de la communauté ont mis sur pied un système de transport d'urgence dans une région du Népal ne possédant pas beaucoup d'autres modes de transport.*

obstacles structurels. Dans certains pays, les femmes enceintes vivant dans des régions isolées se rendent dans des établissements situés près des hôpitaux où il est prévu qu'elles accouchent. Les « maternités d'attente », qui sont généralement construites près des hôpitaux, offrent aux femmes un lieu où elles peuvent se rendre lorsque l'accouchement est proche de façon à accéder facilement à l'hôpital le moment venu<sup>82</sup>. Cependant, presque partout dans le monde, les femmes qui ont besoin de soins sont transportées en ambulance ou en autobus, camionnette, moto, triporteur et même en bicyclette et en bateau<sup>83</sup>. La communauté est souvent impliquée dans l'organisation de cet effort. Par exemple, en Tanzanie, en 1998, un projet communautaire de santé reproductive a identifié le transport comme étant l'un des obstacles à la survie des mères dans deux districts de la région de Mwanza. Une évaluation qualitative faite en mai 2000 a montré que durant les urgences obstétricales, l'obstacle le plus important auquel les femmes étaient confrontées était l'accès à des moyens de transport d'un coût modique<sup>84</sup>. Les chefs de projet ont mis au point une stratégie de collaboration entre les communautés d'une quarantaine de villages pour identifier les options de transport, développer leurs propres plans d'action pour créer des systèmes fonctionnels à partir de la propre vision de la communauté, partager les innovations d'autres communautés et fournir assistance et soutien pour résoudre le problème. Sur une période de 14 mois, 35 communautés ont développé des plans de transport. Chaque plan de transport était différent. Certains prévoyaient l'achat et la gestion de véhicules remis à neuf, de tracteurs et de canots automobiles. Dans un cas, la communauté comptait sur un triporteur de fabrication locale. Dans d'autres villages, le long du lac Victoria, les communautés avaient renforcé des systèmes de réponse existants en fabriquant des canoës qui seraient mis à disposition pour les transports d'urgence. D'autres avaient mis en place des fonds d'urgence. Les plans variaient selon la situation économique de la communauté, l'accès aux routes et aux voies navigables et l'expérience passée du travail en commun sur des activités de développement.

Dans l'état principalement rural de Kebbi dans le nord-ouest du Nigeria, un réseau pour la maternité sans danger a mobilisé le soutien d'un syndicat local de chauffeurs de bus, le syndicat des conducteurs routiers<sup>85</sup>. Des discussions de groupes d'intérêts et une étude de cas portant sur un village ont montré que le manque de véhicules et d'essence signifiait que les femmes ayant besoin de services obstétricaux d'urgence étaient dans l'impossibilité de les obtenir en temps voulu. Dans de nombreux cas, la recherche de modes de transport à des tarifs abordables était très longue et demandait des négociations continuelles. Après une série de réunions communautaires de mobilisation organisées par le réseau pour la maternité sans risques avec les chefs de village et les chauffeurs de cars, les membres du syndicat ont accepté d'assurer le transport des femmes en situation obstétricale d'urgence pendant les jours de marché. Les

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Un projet du district de Mwandubi en Tanzanie a conçu ce triporteur pour emmener les femmes dans des services de soins obstétricaux d'urgence.*

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Les taxis locaux participent au système  
de transport d'urgence en Inde.*

membres ayant reçu une formation donnée par le réseau sur « les transports d'urgence » ont reçu des certificats et des autocollants spéciaux pour leurs cars et ils ont pu se faire rembourser leurs frais d'essence par les fonds pour la Maternité sans risques créés par les membres de la communauté et le réseau. Une enquête menée en 1995 a révélé que 13 pour cent des femmes qui avaient besoin d'être transportées pour recevoir des soins obstétricaux ont utilisé le nouveau système, alors que 3 ans plus tôt, elles devaient payer les tarifs commerciaux pour ce service<sup>86</sup>.

Le ministère de la Santé qui s'occupe en général des problèmes liés à la maternité sans danger n'a aucune autorité en matière de système de transport. Ainsi, l'amélioration des infrastructures routières pour assurer aux femmes l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dépend souvent du soutien d'autres ministères. Dans l'état d'Enugu au sud-est du Nigeria, le gouverneur est un obstétricien/gynécologue ayant un intérêt particulier pour la santé de la mère et du fœtus. Le Dr Chimaroke Nnamani a travaillé à l'amélioration de l'accès aux centres de santé en faisant réparer d'anciennes routes et en construire de nouvelles dans les diverses communautés et régions urbaines de l'état<sup>87</sup>.

Lorsque la collaboration entre les communautés et les professionnels de la santé laisse à désirer, les femmes ne reçoivent pas rapidement les soins obstétricaux d'urgence dont elles ont besoin. En 1994, un projet de communication interpersonnelle et de conseil mené en Bolivie a oeuvré à l'amélioration de la communication et de la confiance entre la communauté et les professionnels de la santé dans l'état de Cochabamba, de façon à ce que les deux groupes puissent coordonner leurs efforts en cas d'urgence. Le projet a travaillé avec des équipes de professionnels de la santé et a essayé de combiner les perceptions du corps médical et celles de la communauté en matière de qualité des soins à apporter pendant la grossesse et pendant et après l'accouchement<sup>88</sup>. Une évaluation a révélé une certaine amélioration de l'attitude des professionnels de santé envers les clients<sup>89</sup>. Les professionnels de santé sont devenus plus conscients des besoins culturels de leurs clients. Par exemple, ils étaient plus susceptibles de demander si les clients voulaient qu'un membre de la famille soit présent à l'accouchement et dans quelle position les clientes désiraient accoucher. Ces améliorations signifient que la communauté a tendance à envoyer les femmes consulter des professionnels plus rapidement.

**Solutions** : Les programmes qui ont réussi abordent la troisième cause de retard en :

- encourageant les communautés à créer des plans de transport d'urgence ;
- améliorant les routes et autres systèmes de transport ;
- renforçant les relations entre les communautés et les professionnels de santé ;
- et en
- établissant des « maternités d'attente ».

### **Quatrième cause de retard : Recevoir des soins dans les services médicaux**

Même si les femmes qui souffrent de complications se déplacent jusqu'à un centre médical, elles ne reçoivent pas forcément les soins dont elles ont besoin assez rapidement pour survivre. Parfois, le centre de soins n'a pas de système efficace pour traiter les urgences dans de brefs délais. Ceci est souvent dû à l'incapacité du personnel à reconnaître les urgences en obstétrique. À cause du manque de personnel qualifié dans les centres de soins, les femmes reçoivent souvent des soins médiocres au moment où elles ont le plus besoin de soins de grande qualité. Malheureusement, les barrières raciales et socio-culturelles empêchent aussi parfois les femmes d'être vues rapidement. En Équateur, par exemple, une étude a montré que les femmes indigènes se heurtaient à des barrières importantes lorsqu'elles tentaient d'obtenir des soins d'urgence dans les centres de soins nationaux de la part de docteurs qui étaient membres d'un groupe ethnique dominant. L'auteur de l'étude a conclu que le préjudice culturel représentait le principal obstacle<sup>90</sup>.

De plus, les centres de soins de nombreux pays moins avancés sont souvent mal équipés en matériel, en médicaments d'urgence, en matériel essentiel et en sang nécessaire à l'assurance d'un accouchement sans risque<sup>91</sup>. L'absence de protocoles médicaux pour guider les professionnels de santé et le manque de supervision efficace affectent aussi la qualité des soins.

De nombreuses études récentes expliquent pourquoi les femmes reçoivent des soins médiocres. Par exemple, une étude faite au Mexique a montré que 50 pour cent des décès maternels examinés avaient eu lieu dans des établissements où les soins appropriés n'étaient pas disponibles<sup>92</sup>. Dans de nombreux cas, les établissements n'étaient pas équipés pour répondre aux complications mais dans d'autres, les femmes devaient attendre si longtemps que leurs complications devenaient fatales (pour plus d'informations sur les réactions du gouvernement mexicain à la vue de ces résultats, voir « Évaluation des conditions locales », page 13).

En Égypte, une étude nationale sur la mortalité maternelle a indiqué que 64 pour cent des décès maternels avaient lieu dans des établissements médicaux<sup>93</sup>. L'étude a confirmé que beaucoup de ces décès survenaient parce que les femmes arrivaient trop tard pour que leurs conditions soient traitées de façon adéquate. Mais l'étude a aussi montré que 47 pour cent des « facteurs évitables » associés à la mort de ces femmes étaient causés par la médiocrité des soins fournis lors de l'accouchement. Dans de nombreux cas, aucun système prévoyant d'envoyer les femmes sur le point d'accoucher dans un centre de soins n'avait été mis en place et aucun protocole n'existait pour les cas d'urgence obstétricale<sup>94</sup>. En réponse aux résultats de cette étude, le ministère égyptien de la Santé a mis sur pied un ensemble de centres de soins ainsi que des interventions communautaires pour aborder le problème des facteurs évitables ainsi

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Les soins maternels de haute qualité devraient être accessibles à toutes les femmes comme à cette jeune femme en Équateur.*

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*La majorité des décès des mères et des nourrissons surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Des soins opportuns pourraient sauver la vie de nombreuses mères et nouveau-nés.*

identifiés. Parmi les interventions se trouvaient les protocoles pour les soins à donner au moment de l'accouchement, les critères de qualité de soins et des cours spécialisés dans la formation en maternité pour les professionnels de santé.

Un projet « assurance-qualité » au Nicaragua a essayé d'aborder les obstacles physiques et psychologiques qui empêchaient les femmes de vouloir se rendre dans les centres de soins. Une étude a montré que 58 pour cent seulement des femmes qui se rendaient dans des centres de soins dans les districts de Jinotega et Matagalpa, au Nicaragua, pour des soins prénatals et d'accouchement étaient satisfaites de la façon dont le personnel soignant les avait traitées<sup>95</sup>. Les salles d'attente et de consultation n'offraient ni le confort ni l'espace privé souhaité par les patientes. De plus, l'étude a montré que le personnel soignant n'était pas motivé et ne savait pas quoi faire en cas d'urgence obstétricale. Les protocoles standard pour guider le

travail du personnel soignant n'existaient pas non plus. Le projet a introduit des techniques modernes d'assurance-qualité pour utiliser de façon plus efficace les ressources limitées des centres de soins. Les médecins responsables du programme se sont concentrés sur l'amélioration de la satisfaction des patientes et le renforcement de la conformité des soins prénatals et d'accouchement avec les normes nationales. Ils ont transformé le centre de soins pour réduire les délais d'attente, formé le personnel soignant à la prestation des soins requis par les femmes souffrant de complications obstétricales et introduit de nouvelles technologies pour aider le personnel à suivre de près l'accouchement d'une femme et identifier les signes de danger. Moins d'un an après le commencement du programme, le nombre de décès maternels enregistrés avait baissé de façon significative dans les deux districts de Jinotega où le projet était en opération. Les équipes du centre de soins ont augmenté le degré de conformité aux normes en obstétrique de moins de 3 pour cent en mars 2000 à entre 70 pour cent et 90 pour cent en novembre 2000. Enfin, les entretiens conduits à la sortie du centre de soins en novembre 2000 par l'unité de santé ont confirmé que la satisfaction des patients avait augmenté de presque 90 pour cent.

Un projet pilote mené au Centre hospitalier régional de Fada Ngourma, au Burkina Faso, s'est concentré plus particulièrement sur l'accès croissant à la chirurgie d'urgence. Les travaux de recherches précédents avaient montré que les familles des patients devaient obtenir des ordonnances pour les médicaments et le matériel nécessaires (trouver l'argent puis acheter des médicaments et du matériel avant la chirurgie). Ces facteurs contribuaient au délai de l'obtention de soins obstétricaux d'urgence. Pour éliminer ce problème, le projet a mis au point des trousseaux contenant les médicaments et le matériel nécessaires à la chirurgie obstétricale et les a mises en vente à prix réduit. Le projet a également modernisé la salle d'opération, formé du personnel hospitalier aux soins obstétricaux d'urgence et amélioré le système d'aiguillage des



femmes ayant besoin de soins obstétricaux d'urgence en installant un équipement de communications. Il a aussi financé la supervision, le suivi et l'évaluation. Une évaluation a révélé que le projet avait réussi à réduire le délai d'obtention de soins obstétricaux d'urgence parce qu'il avait amélioré la capacité de l'hôpital à exécuter des césariennes<sup>96</sup>. Le nombre de décès chez les mères a baissé d'une moyenne de 21 en 1995 et 1996 à 7 en 1997. Seulement un pour cent des accouchements au Burkina Faso sont faits par césarienne, un taux considéré trop bas. Les normes mondiales suggèrent qu'un taux de moins de 5 pour cent indique que les femmes ne bénéficient pas de soins obstétricaux d'urgence adéquats.

Au Ghana, le ministère de la Santé a intégré des soins post-avortement dans son programme national pour la grossesse sans risque et a identifié les sages-femmes comme personnel potentiel capable de fournir des services sans danger et efficaces aux femmes qui ont besoin de soins pour les complications des suites d'un avortement. Les recherches ont montré que les soins donnés par des sages-femmes formées peuvent sauver des vies. Dans le passé, les sages-femmes pouvaient seulement envoyer les femmes à l'hôpital le plus proche, ce qui ajoutait du temps de trajet et retardait les soins. En plus de donner des soins aux femmes ayant subi des avortements incomplets, les sages-femmes offrent des conseils de planning familial et des services qui permettent aux femmes d'éviter de futures grossesses non désirées (voir encadré 1, page 8)<sup>97</sup>.

**Solutions** : Les programmes qui ont réussi abordent la quatrième cause de retard en :

- modernisant la qualité des soins et les services de soins, y compris en améliorant la formation technique et interpersonnelle ainsi que la motivation et la performance ;
- établissant des protocoles nationaux pour le traitement des complications obstétricales ;
- formant le personnel des services de soins à reconnaître et admettre les patientes présentant des complications fatales ;
- assurant aux centres de soins le maintien d'une réserve adéquate de médicaments d'urgence, d'équipement essentiel, de sang et de personnel ;
- offrant un service 24 heures sur 24 aux centres de soins obstétricaux d'urgence ;
- développant les contacts entre les communautés et les services de santé ;
- améliorant la communication entre les unités de soins pour que davantage de femmes soient aiguillées vers les services requis ; et en
- s'assurant que les programmes nationaux de formation du personnel de santé incluent des composantes pratiques sur le traitement des urgences obstétricales.

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Les systèmes de soins doivent s'assurer que le personnel médical est qualifié et que les centres de soins disposent de l'équipement nécessaire pour délivrer des soins obstétricaux de haute qualité.*

## Conclusion

La mortalité maternelle peut être évitée

La recherche montre qu'il est possible de sauver la vie des femmes et de limiter leurs souffrances si les systèmes de santé savent comment répondre en cas de complications graves et fatales. Une des meilleures façons d'y arriver est de s'assurer que les femmes reçoivent les soins nécessaires à l'accouchement. Cependant, les femmes sont confrontées à de nombreux délais dans la demande et l'obtention de soins qui peuvent leur sauver la vie lorsqu'elles en ont besoin :

- Elles ne reconnaissent pas forcément les signes de complications fatales (**première cause de retard**).
- Elles repoussent la décision de recours aux soins (**deuxième cause de retard**).
- L'accès aux soins adéquats peut prendre trop longtemps (**troisième cause de retard**).
- Les femmes reçoivent parfois des soins médiocres ou lents dans les centres de soins (**quatrième cause de retard**).

Les femmes cesseront de mourir en couches lorsqu'elles seront capables de planifier leur grossesse, d'accoucher sous la supervision de personnel qualifié et d'avoir accès à un traitement de haute qualité si des complications se présentent. Ces améliorations sont réalisables même dans les cas de revenus faibles mais elles impliquent une amélioration constante des systèmes de santé.

Pour rendre la grossesse plus sûre, il faut un engagement à tous les niveaux : au foyer, dans la communauté, à l'hôpital, dans le pays et au niveau international. Ceci est un engagement à réduire les injustices, améliorer l'autonomie des femmes et assurer que la grossesse soit une expérience sans danger, heureuse et positive.

Cette photo n'a pas  
publié par respect  
des droits d'auteur.

*Pour que les maternités soient sans risques le long de la vie d'une femme, il faut s'engager à tous les niveaux.*

## Annexe : ressources techniques

Plusieurs manuels ont guidé les directeurs de programme dans leur évaluation des besoins en matière de santé maternelle dans leur propre contexte.

### Manuels

*Assessing safe motherhood in the community : a guide for formative research.* Washington, DC : MotherCare, septembre 1998.

*Awareness, mobilization, and action for safe motherhood : a field guide.* Washington, DC : White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2000.

*The design and evaluation of maternal mortality programs.* New York : Columbia University Center for Population and Family Health, School of Public Health, 1997.

*Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services.* New York : UNICEF, octobre 1997.

*Integrating reproductive health into NGO programs*, vol. 2 : « Safer motherhood for communities ». Boston : Family Planning Service Expansion and Technical Support (SEATS) Project and Initiatives, Inc., 1999.

*Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2001.

*Manual for policy makers and trainers : a life saving skills training program process.* Washington, DC : American College of Nurse-Midwives, 1998.

*Maternal and newborn care : a reference manual for program managers.* Atlanta : CARE, 1999.

*Safe motherhood needs assessment.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Les sites Internet indiqués ci-dessous offrent des informations sur la manière de procéder à des évaluations de besoins et sur les programmes de survie maternelle dans le monde entier.

### Ressources Internet

American College of Nurse-Midwives  
[www.acnm.org](http://www.acnm.org)

Banque mondiale : Reproductive Health at a Glance  
[www.worldbank.org/hnp](http://www.worldbank.org/hnp)

Centers for Disease Control and Prevention  
[www.cdc.gov/nccdphp/drh/mh.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/mh.htm)

Family Care International  
[www.familycareintl.org/](http://www.familycareintl.org/)

Fonds des Nations Unies pour la population  
[www.unfpa.org/tpd/mmupdate/](http://www.unfpa.org/tpd/mmupdate/)  
[www.ammd.hs.columbia.edu](http://www.ammd.hs.columbia.edu)

International Federation of Gynecology and Obstetrics  
[www.igo.org/](http://www.igo.org/)

Maternal & Neonatal Health (MNH) programme de la JHPIEGO Corporation  
[www.mnh.jhpiego.org](http://www.mnh.jhpiego.org)

Maternité sans risques, Groupe inter-agences  
[www.safemotherhood.org/freindex.htm](http://www.safemotherhood.org/freindex.htm)

Organisation mondiale de la Santé  
[www.who.int](http://www.who.int)

Population Reference Bureau  
[www.prb.org](http://www.prb.org)

Projet MotherCare de John Snow, Inc.  
[www.jsi.com/intl/mothercare/home.htm](http://www.jsi.com/intl/mothercare/home.htm)

Reproductive Health Outlook, bibliographie annotée sur la maternité sans risques  
[http://rho.org/html/safe\\_motherhood.htm](http://rho.org/html/safe_motherhood.htm)

Réseau des besoins non couverts pour des interventions obstétricales majeures  
[www.uonn.org/fr/home1.html](http://www.uonn.org/fr/home1.html)

Réseau de PMM  
[www.rpmm.org/home\\_fr.htm](http://www.rpmm.org/home_fr.htm)

White Ribbon Alliance  
[www.whiteribbonalliance.org](http://www.whiteribbonalliance.org)

# Références

1. Fred Sai a parlé de la mortalité maternelle à l'ouverture de la conférence, « Saving lives : skilled attendance at childbirth », qui a eu lieu en Tunisie du 13 au 15 novembre 2000.
2. Irvine Loudon, *Death in childbirth : an international study of maternal care and maternal mortality, 1800-1950* (Oxford, Angleterre : Oxford University Press, 1992) : 529 ; et Vincent De Brouwere et al., « Strategies for reducing maternal mortality in developing countries : what can we learn from the history of the industrialized west ? » *Tropical Medicine and International Health*, no 10 (octobre 1998) : 771-82.
3. Jeremy Shiffman, « Can poor countries surmount high maternal mortality ? » *Studies in Family Planning* 31, no 4 (décembre 2000).
4. Plus récemment, lors de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies pendant laquelle 180 pays se sont retrouvés pour examiner la mise en application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD+5) de 1994.
5. Nations Unies (UN), *Rapport du comité plénier ad hoc de la vingt-troisième session spéciale de l'Assemblée générale* (2000), supplément no 3 (A/S-23/10/Rev. 1), consulté en ligne sur le site : [www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/index.html](http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/index.html), le 3 octobre 2001.
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Mortalité maternelle 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP* (Genève : OMS, 2001).
7. Irvine Loudon, « The transformation of maternal mortality », *British Medical Journal* 305 (1992) : 1557-60.
8. UNICEF, « Maternal care : end-decade databases », consulté en ligne sur le site Internet suivant : [www.childinfo.org/eddb/mat\\_mortal/index.htm](http://www.childinfo.org/eddb/mat_mortal/index.htm), le 3 octobre 2001.
9. UNICEF, *Le progrès des nations* (New York : UNICEF, 1996).
10. L. Lewis Wall, « Dead mothers and injured wives : the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria », *Studies in Family Planning* 29, no 4 (décembre 1998) : 341-59.
11. Peter Adamson, « Le monde est sourd », *Le progrès des nations* (New York : UNICEF, 1996) : 2-7.
12. Hind A.S. Khattab, *The silent endurance : social conditions of women's reproductive health in rural Egypt* (Amman, Jordanie : UNICEF, Bureau régional du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord ; et du Caire : Bureau régional du Population Council de l'Asie de l'Ouest et de l'Afrique du Nord, 1992).
13. Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda : priorities for the next decade*, rapport sur les consultations techniques sur la maternité sans risques (Safe Motherhood Technical Consultation) (New York : Family Care International, 1998) : 37.
14. Ann Tinker et Marge Koblinsky, contributions de Patricia Daly et al., « Making motherhood safe », *compte rendu d'une discussion de la Banque mondiale, essai* 202 (Washington, DC : Banque mondiale, 1993).
15. Les causes indirectes de la mortalité maternelle comprennent le paludisme, le diabète, l'hépatite virale, le rhumatisme cardiaque et l'anémie, maladies aggravées par la grossesse. Les autres causes indirectes comprennent la grossesse extra-utérine, l'embolie et les décès des suites d'une anesthésie.
16. Maternité sans risques, Groupe inter-agences, *Skilled care during childbirth : a review of the evidence* (New York : Family Care International, à paraître). Voir aussi, OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale, « Réduire la mortalité maternelle » : *Déclaration commune des agences de l'ONU* (Genève : OMS 1999).
17. UNICEF, « Maternal care : end-decade databases » ; et OMS, *Coverage of maternity care : a listing of available information*, 4e éd. (Genève : OMS, 1997).
18. Farid Medhet, Stan Becker et Heinz W. Berendes, « Contextual determinants of maternal mortality in rural Pakistan », *Social Science and Medicine* 46, no 12 (1998) : 1587-98.
19. Sereen Thaddeus et Deborah Maine ont développé le concept de trois « Retards » qui empêchent les femmes de rechercher et d'obtenir des soins. Cette brochure se base sur cette idée en divisant le premier Retard (au niveau du foyer) en deux Retards élaborés par des chercheurs tels que Marge Koblinsky et Susan Rae Ross. Ces deux Retards sont : (1) ne pas reconnaître les complications pouvant être mortelles quand elles surviennent, et (2) repousser la décision de rechercher des soins. Voir Sereen Thaddeus et Deborah Maine, *Too far to walk : maternal mortality in context, findings from a multi-disciplinary literature review* (New York : Columbia University School of Public Health, Center for Population and Family Health, 1990) ; Susan Rae Ross, *Promoting quality maternal and newborn care : a reference manual for program managers* (Atlanta : CARE, 1998) ; et Nancy Nachbar, Carol Baume et Anjou Parekh, *Assessing safe motherhood in the community : a guide to formative research* (Arlington, Virginie : John Snow, Inc., 1998).
20. Marge Koblinsky, Colleen Conroy, Nazo Kureshy, Mary Ellen Stanton et Suzanne Jessop, *Issues in programming for safe motherhood* (Arlington, Virginie : MotherCare/John Snow, Inc., 2000).
21. Starrs, *Safe motherhood action agenda* : 16.
22. UNICEF, « Maternal care: end-decade databases ».
23. Michael Strong, « The health of adults in the developing world : the view from Bangladesh », *Health Transition Review* 2, no. 2 (1992) : 215-24.
24. Christopher J.L. Murray et Alan D. Lopez, « Quantifying the health risks of sex and reproduction : implications of alternative definitions », dans *Health dimensions of sex and reproduction*, ed. Christopher J.L. Murray et Alan D. Lopez (Cambridge, Massachusetts : Harvard School of Public Health, OMS et Banque mondiale, 1998).
25. La santé reproductive est affectée par des maladies telles que le cancer du pénis et des testicules, le cancer de l'utérus, le cancer des ovaires, le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, les maladies sexuellement transmissibles et les causes maternelles.
26. L'Initiative pour la Maternité sans risques (The Safe Motherhood Initiative) est parrainée par « Maternité sans Risques, Groupe inter-agences », qui se compose actuellement du FNUAP, de l'UNICEF, de la Confédération internationale des sages-femmes, de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, de la Fédération internationale du Planning Familial, du Population Council, du Réseau régional de prévention de la mortalité maternelle (Afrique), du Réseau pour une maternité sans risques du Népal, de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé. Family Care International sert de secrétariat.
27. 1990 Sommet mondial pour l'enfance ; Programme d'action (PA) de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), qui a été adopté par les 179 pays participants et réaffirmé en 1999 ; la quatrième conférence mondiale sur les femmes, qui a eu lieu à Beijing en 1995 et les réunions de revue après cinq ans de CIPD+5 et Beijing+5.
28. *Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement* (New York : ONU, 1994) : section 7.2. La CIPD a eu lieu au Caire, en Égypte, du 5 au 13 septembre 1994.
29. Guillermo Carroli, Cleone Rooney et José Villar, « How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and morbidity : an overview of the evidence », *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15 (supplement 1, 2001) : 1-42.
30. Theresa Shaver et Barbara Kinzie, « Antenatal care : old myths, new realities », présentation à MAQ Mini-University, Washington, DC, 20 avril 2001, disponible en ligne sur [www.maqweb.org](http://www.maqweb.org).
31. José Villar et al., « WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care », *Lancet* 357 (19 mai 2001) ; et Mona K. Moore, « Safer motherhood 2000 : toward a framework for behavior change to re-

- duce maternal deaths », disponible en ligne sur [www.comminit.com/downloads/word\\_docs/SM20001\\_v2.doc](http://www.comminit.com/downloads/word_docs/SM20001_v2.doc), le 4 octobre 2001.
32. Marjorie A. Koblinsky, Oona Campbell et Judith Heichelheim, « Organizing delivery care : what works for safe motherhood ? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 77, no. 5 (1999) : 399-406.
33. Starrs, *Safe motherhood action agenda* : 18.
34. Starrs, *Safe motherhood action agenda* : 17.
35. Jeremy Shiffman, « Can poor countries surmount high maternal mortality ? » *Studies in Family Planning* 31, no. 4 (décembre 2000).
36. Isabella Danel, « Maternal mortality reduction, Honduras, 1990-1997 : a case study », rapport préparé par la Banque mondiale (Washington, DC: Banque mondiale 2000). Voir aussi Jorge H. Melendez, Jose C. Ochoa, Yanira Villanueva, « Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras » (Honduras, 1999). D'après cette étude, les décès liés à la maternité en Honduras ont décliné d'environ 40 %, de 182 décès pour 100 000 naissances en 1990 à 108 décès pour 100 000 naissances en 1997.
37. Koblinsky, Campbell et Heichelheim, « Organizing delivery care : what works for safe motherhood ? ».
38. Ana Langer, « Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico : a verbal autopsy study », dans *Safe motherhood initiatives : critical issues*, ed. Marge Berer et T.K. Sundari Ravindran (Oxford, Angleterre : Blackwell Science, 1999).
39. Jerker Liljestrand, « Strategies to reduce maternal mortality worldwide », *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12 (2000) : 513-17; et Elizabeth Godburn et Oona Campbell, « Reducing maternal mortality in the developing world : sector-wide approaches may be the key », *British Medical Journal* 322 (14 avril 2001) : 917-20.
40. Varuni Dayaratna et al., *Reproductive health interventions : which ones work and what do they cost ?* (Washington, DC: POLICY Project, mars 2000).
41. Jozef Sioncke et Donnay France, *Maternal mortality update 1998-1999 : a report on UNFPA support for maternal mortality prevention* (New York : FNUAP, 2001).
42. SOUB inclut l'administration d'antibiotiques, d'oxytociques, d'anticonvulsants, le retrait manuel du placenta, le retrait de produits retenus et l'accouchement vaginal assisté à l'aide de forceps ou d'aspiration.
43. Starrs, *Safe motherhood action agenda* : 8.
44. Sioncke et France, *Maternal mortality update 1998-1999*.
45. OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP*.
46. Kenneth Hill, Carla AbouZahr et Tessa Wardlaw, « Estimates of maternal mortality for 1995 », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 79, no. 3 (2001).
47. Hill, AbouZahr et Wardlaw, « Estimates of maternal mortality for 1995 » ; Oona Campbell et al., *Lesson learnt : a decade of measuring the impact of safe motherhood programmes* (Londres : London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1997) ; OMS, « *Reduction of maternal mortality* » : une déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF et de la Banque mondiale ; Cynthia Stanton, Noureddine Abderrahim et Kenneth Hill, « DHS maternal mortality indicators : an assessment of data quality and implications for data use », *Demographic and Health Survey Analytical Report* no. 4 (Calverton, Maryland : Macro International, 1997) ; et Koblinsky et al., *Issues in programming for safe motherhood*.
48. Harold Speert, « Maternal mortality studies », dans *Obstetrics and gynecology in America : a history* (Chicago : American College of Obstetrics and Gynecology, 1980).
49. Loudon, *Death in childbirth* : 529; et De Brouwere et al., « Strategies for reducing maternal mortality in developing countries » : 771-82.
50. Loudon, *Death in childbirth*.
51. OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP*.
52. Sioncke et France, *Maternal mortality update 1998-1999*.
53. UNICEF/OMS/FNUAP, *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services* (New York : UNICEF, octobre 1997).
54. Iain K. Crombie et al., *The audit handbook : improving health care through clinical audit* (New York : John Wiley & Sons, 1993).
55. Campbell et al., *Lesson learnt : a decade of measuring the impact of safe motherhood programmes*.
56. En cas de décès lié à une maternité, on enquêtera sur les causes et les circonstances entourant le décès. Ces recherches ne s'intéressent pas seulement à ce qui est arrivé à la femme au centre de soins, mais aussi à ce qui lui est arrivé au niveau de la communauté avant d'accéder aux soins. Voir Jilly Ireland et Wendy Graham, « Conducting a case review of maternal deaths », rapport préparé pour l'évaluation par l'OMS des besoins pour une maternité sans risque (Aberdeen, Ecosse : University of Aberdeen, Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, mai 1996).
57. Une enquête confidentielle est une recherche entreprise par une équipe de professionnels identifiant les faiblesses et les déficiences du système de soins maternels. L'enquête étudie le décès avec la coopération de ceux qui ont été impliqués dans les soins de la patiente, tout en ôtant les détails qui permettraient d'identifier le cas pour s'assurer que les résultats ne seront utilisés que pour recommander des changements pratiques et non pas pour entreprendre une action punitive (voir *Les directives de l'OMS pour l'investigation des décès maternels*, en cours d'élaboration).
58. La recherche clinique basée sur des critères est l'analyse critique systématique de la qualité des soins prodigués aux patientes dans un centre de soins, avec pour objectif primordial l'amélioration des soins cliniques. La recherche compare les soins reçus avec des normes précises et rassemble les informations sur les patientes pour arriver à une proportion optimale de cas gérés (voir les directives de l'OMS pour l'investigation des décès maternels, en cours d'élaboration).
59. Veronique Filippi et al., « Women's reports of severe (near-miss) obstetric complications in Benin », *Studies in Family Planning* 31, no. 4 (2000) : 309-24.
60. Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 67.
61. Maternité sans Risques, Groupe inter-agences, *Skilled care during childbirth*. Voir aussi OMS, « *Reduction of maternal mortality* » : une déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF et de la Banque mondiale.
62. L'appellation « personnel qualifié » réfère exclusivement à des individus ayant des qualifications en obstétrique (par exemple, docteur, sage-femme, infirmière) et qui ont reçu une formation complète pour s'occuper d'accouchements normaux et pour diagnostiquer et orienter les femmes présentant des complications obstétriques. Voir OMS, « *Reduction of maternal mortality* » : une déclaration commune de l'OMS/FNUAP/UNICEF et de la Banque mondiale.
63. Mahmoud Fathalla, lors de l'ouverture de Safe Motherhood Technical Consultation (Colombo, Sri Lanka, 18-23 octobre 1997, comme cité dans Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 7.
64. Thaddeus et Maine, Too far to walk ; et Nachbar, Baume et Parekh, *Assessing safe motherhood in the community*.
65. Koblinsky et al., *Issues in programming for safe motherhood*. Voir aussi E. Hurtado, *The MotherCare/Guatemala project : overview of IEC strategies and lessons learned* (Arlington, Virginie : MotherCare, 1995) ; et Veronica Kaune, « *Estudio final de impacto de la estrategia IEC/C* », dans *Por una maternidad segura, MotherCare/Bolivia* (Arlington, Virginie : MotherCare, 2000).
66. OMS, « What do men think of their wives' health ? » *Safe Motherhood* 22 (1996) ; Mowaheb El-Mouelhy, Mahinaz El-Helw, Nabil Younis, Hind Khattab et Huda Zurayk, « Women's understanding of pregnancy-related morbidity in

- rural Egypt », *Reproductive Health Matters* 4 (novembre 1994) : 27-33 ; et Esther Sempembwa Nagawa, « Absent husbands, unsupportive in-laws and rural african mothers », *Reproductive Health Matters* 4 (mai 1996) : 46-53.
67. Nachbar, Baume et Parekh, *Assessing safe motherhood in the community*.
68. Suzanne M. Jessop et al., eds., *MotherCare initiatives : actions and results from 31 projects. 1993-2000* (Arlington, Virginie : MotherCare/John Snow, Inc., 2000) ; *MotherCare Reproductive Health Focus* 25 (26 septembre 2000), disponible sur [www.mothercare.jsi.com/RHF/LatinAmerica\\_Initiative.PDF](http://www.mothercare.jsi.com/RHF/LatinAmerica_Initiative.PDF) ; et Susan Rae Ross, *Promoting quality maternal and newborn care*.
69. Pour des informations supplémentaires sur le projet « Assurance-qualité », voir « Improving the quality and outcomes of obstetric & neonatal care in rural Nicaragua », *Quality Assurance Project Quarterly Report* (octobre-décembre 2000).
70. Fariyal F. Fikree, Sadiqua N. Jafarey et Nazo Kureshy, *Final report : assessing the effectiveness of a safe motherhood information, education and communication counseling strategy* (Karachi, Pakistan : The Aga Khan University, Department of Community Health Sciences, 1999).
71. Medhet, Becker et Berendes, « Contextual determinants of maternal mortality in rural Pakistan ».
72. M.E. Khan, Irfan Khan et Nupur Mukerjee, « Involving men in safe motherhood » (essai inédit, 1998), disponible sur [www.db.jhuccp.org/popinform/index.stm](http://www.db.jhuccp.org/popinform/index.stm).
73. Nancy Piet-Pelon, Ubaidur Rob et M.E. Khan, *Men in Bangladesh, India and Pakistan : reproductive health issues* (Dhaka, Bangladesh: Kharshaf Publishers, 1999) ; Jahiruddin Ahamed, « Toward a safer motherhood for women in Bangladesh : the power of partnership », essai préparé pour la « Technical Consultation on Safe Motherhood » à Colombo, Sri Lanka (Dhaka, Bangladesh : Gouvernement de la République populaire de Bangladesh, ministère de la Santé et du Bien-être familial, octobre 1997) ; Hermen Ormel, « Can men make motherhood safer ? An inquiry into the relevance and risks of increased male involvement in safe motherhood initiatives », thèse soumise comme partie de la maîtrise de santé publique, de l'Institut Royal Tropical, Amsterdam, Pays-Bas (mai 1999) ; et Wall, « Dead mothers and injured wives : the social context of safe morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria » : 341.
74. Shamsun Nahar et Anthony Costello, « The hidden costs of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh », *Health Policy and Planning* 13, no. 4 (1998) : 417-22.
75. David Hotchkiss et Amparo Gordillo, « Household health expenditure in Morocco : implications of health care reform », *International Journal of Health Planning and Management* 14 (1999) : 201-17.
76. Patricia Daly et Saadah Fadia, « Report on Indonesia village midwife program », article inédit préparé pour la Banque mondiale, section Asie de l'Est, pour la santé et le développement social (Washington, DC : Banque mondiale, 2000).
77. Pour plus d'informations sur le programme de participation populaire en Bolivie, voir [http://rho.org/html/sm\\_progexamples.htm](http://rho.org/html/sm_progexamples.htm), consulté en ligne le 5 octobre 2001.
78. Les enquêtes démographie et santé (DHS) de 1994 rapportent que 57 % des mères accouchent sans personnel qualifié ; en 1998, DHS rapporte que ce chiffre est tombé à 40 %. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994* (La Paz, Bolivie : Instituto Nacional de Estadística ; Calverton, Maryland : ORC Macro, 1994) ; *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998* (La Paz, Bolivie : Instituto Nacional de Estadística ; Calverton, Maryland : ORC Macro DHS+ Program, 1998).
79. Tania Dmytraczenko, « Reducing maternal and child mortality in Bolivia » (Bethesda, Maryland : Abt Associates, Partnerships for Health Reform Project), disponible en ligne sur [www.phrproject.com/publicat/index.htm](http://www.phrproject.com/publicat/index.htm).
80. Kate Macintyre et David R. Hotchkiss, « Referral revisited : community financing schemes and emergency transport in rural Africa », *Social Science and Medicine* 49, no. 11 (1999).
81. E. Essien et al., « Community loan funds and transport services for obstetric emergencies in northern Nigeria », *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 59 (Supplement, 1997) : S237-44.
82. Koblinsky et al., *Issues in programming for safe motherhood*.
83. Sioncke et France, *Maternal mortality update 1998-1999*.
84. Michelle Kouletio et al., « Applying principles of community participation to improve emergency transportation : a case example from Tanzania », présentation à l'atelier « Effective strategies to promote quality maternal and newborn care » à Nairobi, Kenya, mai 2000.
85. D. Shehu, A.T. Ikeh et M.J. Juna, « Mobilizing transport services for obstetric emergencies in northwestern Nigeria », *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 59 (Supplement, 1997) : S173-79.
86. Dora Shehu, « Community participation and mobilization in the prevention of maternal mortality in Kebbi, northwestern Nigeria », dans *Safe motherhood initiatives : critical issues*.
87. Miriam Menkiti, reporter radio du Nigeria avec la Corporation fédérale de radios du Nigeria, station nationale d'Enugu et coauteur avec Judith Ufford de « Delivery care is key for maternal survival : a story of two states in Nigeria », disponible en ligne sur [www.prb.org](http://www.prb.org).
88. Jessop et al., *MotherCare initiatives : actions and results from 31 projects, 1993-2000*.
89. Veronica Kaune et al., « Interpersonal communication & counseling strategy in 1st and 2nd level of care health services evaluation in La Paz and Cochabamba, Bolivia : a way of improving care », en cours de rédaction.
90. Ellen Mitchell, « Retarded access to EOC in Ecuador : setting priorities », essai présenté à la réunion de l'Association de la Santé publique américaine, en novembre 1990 à Chicago ; et Ellen Mitchell, « Contesting birth & death : birth systems and maternal mortality in indigenous highland », dissertation inédite, Tulane University.
91. Ross, *Promoting quality maternal and newborn care*.
92. Ana Langer, « Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico : a verbal autopsy study », dans *Safe motherhood initiatives : critical issues*.
93. Ministère égyptien de la Santé, projet pour le survie de l'enfant, *Etude sur la mortalité nationale : Egypte, 1992-1993* (Le Caire : ministère de la Santé, 1994).
94. *Le projet égyptien « MotherCare », rapport final, septembre 1996-septembre 1998* (Le Caire : ministère égyptien de la Santé et de la Population et John Snow, Inc., 1998).
95. Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) : « Improving the quality and outcomes of obstetric & neonatal care in rural Nicaragua », Maternal health technical series announcement, quality assurance project quarterly report (Washington, DC: USAID, octobre-décembre 2000).
96. Farba Sall, « Synthesis paper of lessons learned on costs and financing of maternal health pilot projects in west Africa », *Special Initiative Report 27* (Bethesda, Maryland : Abt Associates Inc., Partnerships for Health Reform Project, 2000).
97. A la suite de l'intervention, 92 % des femmes traitées en maternité ont reçu des conseils et 55 % ont reçu une méthode de planning familial. 77 % de celles traitées en dispensaire ont reçu des conseils et 70 % ont reçu une méthode de planning familial. Parmi les femmes traitées en centre hospitalier, 81 % ont reçu des conseils et 35 % ont reçu une méthode de planning familial. Voir Jessop et al., *MotherCare Initiative* : 43.



**PRB**



**MEASURE**  
*Communication*

**Population Reference Bureau**  
**MEASURE *Communication***

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520,  
Washington, DC 20009 États-Unis

Tél. : 202-483-1100

Fax : 202-328-3937

E-mail : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)

Site Web : [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org) ou  
[www.prb.org](http://www.prb.org)