

LA MORTALITÉ MATERNELLE : MISE À JOUR 2002

LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE EN POINT DE MIRE ● ● ●



L'UNFPA est la première source mondiale d'aide en matière de population proposée aux pays en développement. Il bénéficie d'un financement international. Depuis qu'il est entré en action en 1969, le Fonds a fourni près de 6 milliards de dollars d'aide aux pays en développement, ce qui représente pratiquement un quart de l'assistance en matière de population fournie dans le monde par les pays donateurs aux pays en développement.

LA PRÉSENTE PUBLICATION PEUT ÉGALEMENT ÊTRE CONSULTÉE SUR LE SITE WWW.UNFPA.ORG/PUBLICATIONS.



Cette deuxième édition de la Mise à jour de la mortalité maternelle publiée par l'UNFPA met l'accent sur les soins obstétricaux d'urgence, une intervention qui joue un rôle fondamental sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale. Le moment se prête bien pour aborder la question de la mortalité maternelle, puisqu'il était préparé par de nombreuses résolutions internationales, dont la récente Déclaration du Millénaire adoptée au Sommet du Millénaire en septembre 2000, qui énonce les Objectifs pour le développement et propose de réduire d'ici à 2015 les taux de mortalité maternelle de 1990 de quelque 75 %. Le présent rapport analyse la question et propose des outils et des expériences devant permettre de relever le défi.

PHOTOS :

COUVERTURE : Mali/Ruth Massey/PNUD

1^ÈE ET 2^EE DE COUVERTURE :

Mongolie/Don Hinrichsen/UNFPA

Guatemala/Ruth Massey/PNUD

PAGE 3 : Maroc/Czikus Carriere/AMDD

PAGE 16 : Éthiopie/photo reproduite avec l'autorisation

gracieuse de Hamlin Fistula Welfare and Research Ltd.

© UNFPA, New York, 2003

Table des matières

Préface	2
Remerciements	3
Liste des abréviations	4
Prendre la mesure de la question	5
L'approche stratégique de l'UNFPA	11
Interventions soutenues par l'UNFPA aux niveaux régional et national	17
Division de l'Afrique	18
Division de l'Amérique latine et des Caraïbes	23
Division de l'Asie et du Pacifique	27
Division des États arabes et de l'Europe	30
Groupe des interventions humanitaires	32
Annexe : les soins obstétricaux d'urgence : liste récapitulative destinée aux planificateurs	35

Préface

Ces 10 dernières années, l'objectif consistant à prévenir les décès de femmes durant la grossesse et l'accouchement a retenu davantage l'attention et s'est imposé avec une urgence plus grande. En effet, la réduction des taux de mortalité maternelle est un des huit Objectifs prioritaires du millénaire pour le développement fixés par les États Membres de l'Organisation des Nations Unies. L'objectif ambitieux de réduire de 75 % la mortalité maternelle d'ici à 2015 constitue un défi redoutable, mais c'est un défi qu'il est possible de relever grâce à des efforts concertés et soutenus et avec les instruments dont nous disposons dès aujourd'hui.

Ouvrer pour la survie et le bien-être des mères est un impératif économique, aussi bien que moral et social que nous dicte le respect des droits de la personne humaine. Le bien-être des enfants dépend en grande partie de leurs mères, et la survie maternelle a des effets en cascade qui se font sentir au-delà du cercle de la famille et favorisent la vitalité économique de communautés entières.

Aujourd'hui, nous sommes mieux préparés que jamais auparavant pour résoudre ce problème. Nous avons consacré des années à analyser les causes de la mortalité maternelle et à mettre au point une stratégie efficace de prévention. Le moment est venu de mettre cette stratégie en oeuvre. Bien entendu, les questions de logistique continuent de se poser et le déroulement quotidien des opérations continue d'avoir ses exigences. La persistance de la pauvreté et des situations de conflit complique dans une large mesure les efforts déployés au niveau local pour sauver des vies de femmes. Et pourtant, malgré ces obstacles, le travail continue.

La stratégie de réduction de la mortalité maternelle mise en oeuvre par l'UNFPA continue de reposer sur les trois piliers que sont la planification familiale, l'assistance d'une personne qualifiée à la naissance et les soins obstétricaux d'urgence en cas de complications. La présente mise à jour, qui doit permettre à tous ceux qui oeuvrent en faveur du développement de se tenir informés de l'action que mène l'UNFPA au nom des mères, met l'accent sur la question critique des soins obstétricaux d'urgence. Étant donné que 15 % des grossesses, quel que soit le soin avec lequel elles sont suivies, exigeront une intervention médicale d'urgence, les soins obstétricaux d'urgence sont absolument indispensables pour réduire l'invalidité et la mortalité maternelles. En annexe du présent rapport, on trouvera une liste récapitulative qui doit aider les directeurs de programme à analyser et améliorer l'accessibilité et la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans leurs pays respectifs.

Les efforts déployés pour améliorer le sort des femmes enceintes ont été couronnés de succès dans certains cas et ont suscité dans d'autres cas de nouveaux problèmes. Certains pays se sont engagés sur des voies nouvelles pour lutter contre les causes de morbidité maternelle comme la fistule obstétricale. Par ailleurs, le recul économique observé dans un certain nombre de pays a entraîné une pénurie de personnel médical bien formé et de médicaments. Dans la deuxième partie du présent rapport, on recense des programmes novateurs réalisés au niveau des pays afin de lutter contre la mortalité maternelle. Les enseignements tirés de programmes exécutés en Afrique de l'Ouest font l'objet d'une brochure distincte (*Pour une maternité sans risque en Afrique de l'Ouest : l'utilisation des indicateurs pour programmer les résultats*) qui se trouve dans la pochette arrière.

L'UNFPA adopte une approche axée sur les droits pour aborder cette question, qu'il s'agisse de la priorité assignée à la réduction de l'injustice et de la tragédie que représente la mortalité maternelle, ou de la conception et de la mise en

oeuvre de programmes et politiques de lutte contre la mortalité maternelle. De plus en plus, le Fonds joue un rôle de catalyseur en canalisant et en orientant les flux beaucoup plus importants des ressources fournies par les gouvernements et les partenaires de développement associés à cet effort. La publication qu'on va lire est un des outils d'information et de plaidoyer conçus pour appeler l'attention et attirer des ressources en vue de sauver et d'améliorer la vie des femmes qui accouchent partout dans le monde.

La Directrice de la
Division de l'appui technique, UNFPA



Mari Simonen

Remerciements

Le présent rapport a été établi et coordonné par Laura Weil, Jean-Claude Javet, Andrew Rebold et France Donnay, membres de la Division de l'appui technique de l'UNFPA. On ne saurait surestimer la contribution qu'ont faite les bureaux de pays, les conseillers des équipes d'appui technique de pays et les experts du siège qui ont révisé le projet et contribué à sa version définitive. Nous remercions tout spécialement Deborah Maine, Directrice du programme *Averting Maternal Death and Disability* (AMDD - Prévenir les décès et les infirmités maternels), et Allan Rosenfield, coenquêteur de projet et doyen de la *Joseph L. Mailman School of Public Health* de l'Université Columbia, qui ont fourni un soutien financier et technique à la présente publication. De leur côté, Mary Zehngut et Janet Jensen ont contribué à la conception définitive et à la réalisation de la publication.



Liste des abréviations

CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
MST	maladies sexuellement transmissibles
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG	organisation non gouvernementale
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SOE	soins obstétricaux essentiels
VIH	virus d'immunodéficience humaine

Institutions et organisations

AMDD	<i>Averting Maternal Death and Disability Programme</i> (Université Columbia - Prévenir les décès et les infirmités maternels)
BID	Banque interaméricaine de développement
FCI	<i>Family Care International</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	<i>Agency for International Development</i> des États-Unis

Prendre la mesure de la question

Chaque année, quelque 514 000 femmes meurent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. Autrement dit, une femme meurt chaque minute de ces suites. L'écrasante majorité de ces décès (98 %) surviennent dans les pays en développement. Constatation tragique, pratiquement tous ces décès auraient pu être évités.

LIEU	NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS (% DU TOTAL MONDIAL)	RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE (POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES)
Afrique	273 000 (>50 %)	1 000
Asie	217 000 (42 %)	280
Amérique latine et les Caraïbes	22 000 (4 %)	190
Europe	(NOMBRE COMBINÉ) 2 800 (1 %)	28
Amérique du Nord		11
Océanie	-	260
Monde	514 000	400 (MOYENNE)

(ESTIMATIONS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE 1995, OMS/UNICEF/UNFPA)

La mortalité maternelle touche non seulement les femmes, mais également les familles et communautés auxquelles elles appartiennent. La mort de la mère accroît considérablement le risque de décès du nourrisson. La mort d'une femme en âge d'avoir des enfants constitue également une perte économique importante pour le développement communautaire. Il est donc impératif du point de vue des droits de l'homme, de l'économie et de la santé publique de mobiliser les ressources pour lutter contre la mortalité maternelle.

Depuis le lancement en 1987 de l'Initiative pour une maternité sans risque, l'objectif consistant à réduire la mortalité maternelle a été réaffirmé à de nombreuses conférences mondiales, depuis le Sommet mondial pour les enfants de 1990 jusqu'à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et à la Conférence de réexamen

(CIPD+5) en 1999. Plus récemment, au Sommet du millénaire en 2000, les États Membres de l'ONU ont publié les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qui demandent que les taux de mortalité maternelle soient réduits de trois quarts d'ici à 2015. Le fait que seuls huit objectifs ont été retenus et que la réduction de la mortalité maternelle figure parmi eux représente une victoire éclatante pour la prévention de la mortalité maternelle et illustre le fait que la communauté mondiale place la maternité sans risque au premier rang de ses priorités.

Le succès des efforts déployés pour réduire les taux de mortalité maternelle est lent à venir, en partie du fait de la complexité des questions politiques et sociales liées à la pauvreté et à la condition de la femme, en partie également en raison de l'orientation initiale erronée des programmes en matière de mortalité maternelle exécutés dans les pays en développement.

Ces programmes, qui mettaient l'accent sur la nécessité de prévoir et de prévenir des complications obstétricales, n'ont pas saisi les limitations scientifiques d'une telle approche. Ils ont également fait perdre de vue la période critique de l'accouchement.

La morbidité maternelle, c'est-à-dire les complications qui surviennent chez les femmes qui survivent à un accouchement, est également un sujet de grave préoccupation. Pour chaque femme qui meurt des suites d'une grossesse, 30 autres femmes survivent, mais avec une morbidité chronique. On estime à 20 millions le nombre de femmes qui souffrent de complications de la grossesse qui n'entraînent pas la mort, notamment l'anémie, la stérilité, les douleurs pelviennes, l'incontinence et la fistule obstétricale.

Ces questions étant au coeur même de son mandat, l'UNFPA se mobilise pour lutter à la fois contre la morbidité et la mortalité maternelles et appuie des programmes de réduction de la mortalité maternelle exécutés dans 89 pays. Nombre de ces programmes sont réalisés en partenariat avec d'autres organisations actives dans ce domaine.

Les cinq complications primaires

Près de deux tiers des décès maternels qui surviennent dans le monde sont imputables directement à cinq causes, à savoir les hémorragies, la dystocie d'obstacle, l'éclampsie (hypertension due à la grossesse), la septicémie et l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène. Le tiers restant est imputable à des causes indirectes, c'est-à-dire à une condition médicale existante que la grossesse ou l'accouchement aggrave (comme le paludisme, l'anémie, l'hépatite ou, de plus en plus, le sida).

Environ 15 % des grossesses entraînent des complications. Faute d'être traitées, celles-ci entraîneront souvent la mort. Ce qui fait de la réduction de la mortalité maternelle un véritable problème, c'est le fait que ces complications sont très difficiles à prévoir. Malgré des années de recherche, nous ne disposons toujours pas d'une méthode fiable nous permettant de prévoir la grande majorité des cas d'hémorragie, de dystocie d'obstacle et d'éclampsie. Bien entendu, l'état de santé général de la femme enceinte conditionne en grande partie le succès de l'accouchement, mais des complications fatales peuvent survenir chez n'importe quelle femme. C'est le cas même dans les pays développés qui sont à la pointe du progrès de la technologie médicale. La prévision se borne généralement à recenser uniquement les groupes de femmes présentant des risques élevés. Il est quasiment impossible de déterminer chez quelles femmes en particulier vont se produire des complications. En réalité, l'écrasante majorité des grossesses et des naissances surviennent chez des femmes considérées comme présentant des risques faibles. De ce fait, même si le pourcentage des décès peut être plus élevé chez les femmes présentant des risques élevés, le plus grand nombre de décès survient chez des femmes considérées comme présentant des risques faibles.

C'est pourquoi, en matière de lutte contre la mortalité maternelle, l'accent, qui était mis sur la prévision des complications durant la grossesse, est mis aujourd'hui sur la préparation d'interventions d'urgence efficaces. En général, les interventions obstétricales d'urgence sont peu coûteuses et peuvent être facilement réalisées par des professionnels de la santé spécialement formés à cet effet.

Dans le présent document, la mortalité maternelle, ou le décès maternel, désigne « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».

(CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES, 10e RÉVISION, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, GENÈVE, 1992)

Le VIH/sida et la mortalité maternelle

On ignore quel est le pourcentage exact de décès maternels liés au VIH et au sida. Le VIH va de pair avec un état de santé général médiocre chez la mère, qui rend les femmes plus vulnérables à un certain nombre d'infections et de conditions qui augmentent la probabilité de complications de la grossesse, comme le paludisme, l'anémie et la tuberculose. On associe également l'infection à VIH à un risque accru d'avortement spontané et d'hémorragie post-partum, mais on n'a pas encore pu déterminer ses risques attribuables.

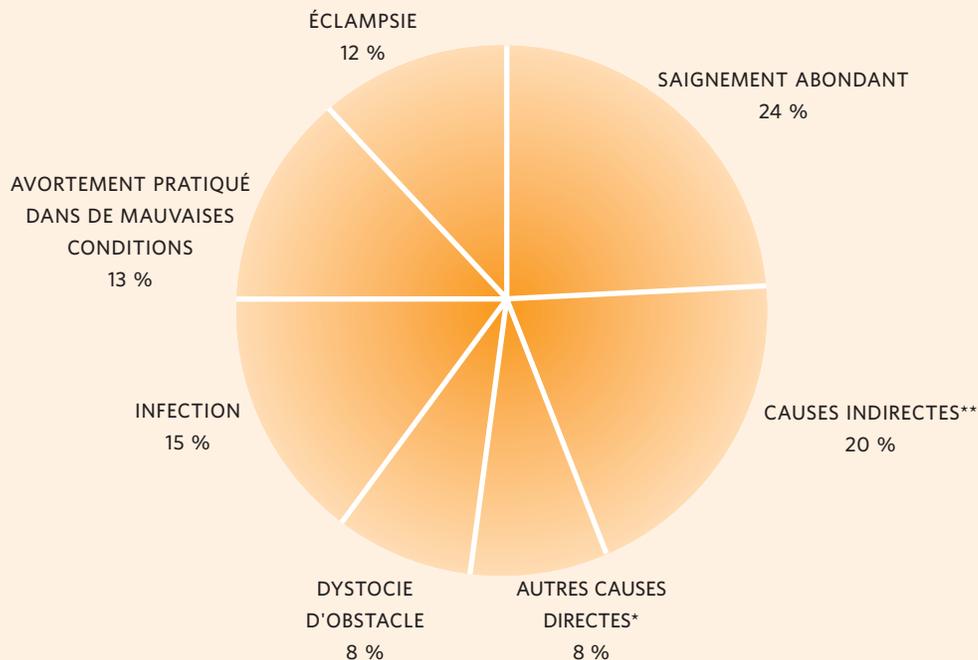
La prévention et le traitement du VIH et la réduction de la mortalité maternelle se prêtent bien à des programmes communs, car leurs causes se recoupent en très grande partie, comme c'est le cas des interventions destinées à les prévenir. Il est donc logique d'opérer un partage des ressources destinées aux programmes de prévention du VIH et de la mortalité maternelle. Les programmes axés sur la réduction des maladies

sexuellement transmissibles diminuent à la fois l'incidence de l'infection à VIH et le risque d'infection post-partum. Les dispensaires de soins prénatals sont très bien placés pour offrir un dépistage volontaire du VIH et des conseils pour aider les femmes qui ne sont pas séropositives à obtenir les informations et les connaissances qui leur permettront d'éviter l'infection. De plus, la transmission du VIH de la mère à l'enfant se fait le plus souvent durant l'accouchement. Or, il a été établi qu'une césarienne réduisait les risques de transmission verticale, cause principale de l'infection à VIH chez les enfants.

Le modèle dit des trois retards

Les programmes actuels consacrent une grande partie de leurs efforts à la planification des situations d'urgence et à la fourniture de soins obstétricaux d'urgence. Un nombre toujours plus important de ces programmes s'appuie sur le modèle dit des trois retards. Il s'agit

CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE



* LES AUTRES CAUSES DIRECTES COMPRENNENT NOTAMMENT LA GROSSESSE ECTOPIQUE, LES EMBOLIES, OU SONT LIÉES À L'ANESTHÉSIE

** LES CAUSES INDIRECTES COMPRENNENT NOTAMMENT L'ANÉMIE, LE PALUDISME ET LES MALADIES CARDIAQUES.

SOURCE : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (OMS), *MATERNAL HEALTH AROUND THE WORLD*. GENÈVE, 1997.

d'un cadre qui rend compte des facteurs sociaux auxquels est imputable le décès de la mère. Ce modèle nous aide à cibler les interventions et à prévenir la mortalité maternelle à tous les stades. Dans la plupart des cas, les femmes qui meurent en accouchant ont connu au moins un des trois retards suivants :

- **Le premier retard** est celui qui est mis à décider de solliciter des soins en cas de complication obstétricale. Il peut s'expliquer par différentes raisons, notamment la prise de conscience tardive de l'existence d'un problème, la crainte de l'hôpital ou des coûts qui y seront encourus, ou le manque de décideur disponible.
- **Le deuxième retard** se produit après qu'a été prise la décision de solliciter des soins. Il s'agit du retard mis à rejoindre l'établissement de soins, et il est imputable habituellement à des difficultés de transport. De nombreux villages sont mal desservis en moyens de transport et sur le plan du réseau routier. Quelques collectivités ont mis au point des méthodes novatrices pour régler ce problème, notamment des formules de prépaiement, des fonds communautaires de transport et le resserrement des liens existants entre les praticiens appartenant à la communauté et le système de santé formel.
- **Le troisième retard** se produit lorsque des soins doivent être prodigués dans l'établissement vers lequel la patiente a été transportée. C'est là une des questions les plus tragiques dans le domaine de la mortalité maternelle. Souvent, les femmes doivent attendre pendant des heures en raison du manque d'effectifs, des politiques en matière de prépaiement, ou des difficultés rencontrées pour obtenir des produits sanguins, du matériel ou une salle d'opération. Pour beaucoup de planificateurs, ce troisième retard constitue la difficulté à laquelle il est le plus aisé de remédier. Une fois que la femme a rejoint l'établissement où seront dispensés les soins obstétricaux d'urgence, on peut dire que de nombreux obstacles économiques et socioculturels ont déjà été franchis. L'amélioration des services dispensés dans les centres existants est une étape majeure dans la promotion de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Si les établissements sont

inadéquats, les programmes conçus pour remédier aux deux premiers retards n'ont guère d'utilité.

Facteurs de succès des programmes

Nous savons qu'il est possible de réduire la mortalité maternelle. Il fut un temps où la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord avaient des niveaux de mortalité maternelle comparables à ceux que connaissent les pays en développement aujourd'hui. L'accès pratiquement universel à une assistance qualifiée à la naissance et à des soins obstétricaux d'urgence a réduit les taux de mortalité maternelle à un niveau proche de zéro. Il ne serait pas réaliste de tenter de reproduire cette réussite exactement de la même façon dans les pays en développement, mais il est possible d'y réduire considérablement la mortalité maternelle.

Les pays en développement dans lesquels des programmes de réduction de la mortalité maternelle ont été couronnés de succès possèdent plusieurs ingrédients communs en matière de programme. Dans la plupart de ces pays, l'accent a été mis graduellement sur l'assistance professionnelle à la naissance et les accouchements dans des établissements de soins. À Cuba, en Malaisie et à Sri Lanka, qui ont des taux de mortalité maternelle comparativement faibles, les pouvoirs publics se sont engagés à renforcer l'ensemble du système de fourniture de soins de santé. Il en est résulté une forte proportion de naissances bénéficiant d'une assistance qualifiée, ainsi que des systèmes fiables d'aiguillage pour les accouchements présentant des complications. Dans la plupart de ces pays, les services de santé sont gratuits ou ont un coût extrêmement modique. À Sri Lanka, les femmes s'adressent habituellement aux services de planification familiale pour éviter des grossesses par trop précoces et insuffisamment espacées. En Malaisie, la réduction des taux de mortalité maternelle est allée de pair avec la mise en place d'audits confidentiels des décès maternels en vue de recenser les causes de décès maternels qui sont évitables. L'expérience de ces pays montre qu'il est possible dans pratiquement chaque pays de réduire la mortalité maternelle. Même dans les pays où la plupart des

QU'ENTEND-ON PAR UNE ASSISTANCE QUALIFIÉE À LA NAISSANCE?

L'assistance qualifiée renvoie à des agents sanitaires bénéficiant d'une formation professionnelle et possédant le savoir-faire nécessaire pour gérer une grossesse normale, diagnostiquer des complications obstétricales ou aiguiller de tels cas généralement vers un médecin, une sage-femme ou une infirmière. Les agents sanitaires ainsi formés doivent être capables de gérer un accouchement normal, diagnostiquer des complications à un stade précoce et réaliser les interventions indispensables que celles-ci appellent, commencer un traitement, superviser l'aiguillage de la femme et du bébé vers le prochain niveau de soins, le cas échéant. Ces professionnels travaillent dans un établissement de soins ou à domicile. Leur classification est fonction davantage de leur formation que du lieu où ils exercent. Les accoucheuses traditionnelles, qu'elles soient formées ou non, ne figurent pas dans cette catégorie.

(D'APRÈS OMS/UNFPA/UNICEF/BANQUE MONDIALE. DÉCLARATION COMMUNE EN FAVEUR DE LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, 1999.)

femmes accouchent à la maison ou dans ceux où l'enseignement et les systèmes de santé croulent sous le stress provoqué par la pauvreté et le sida, il est possible de réduire la mortalité maternelle en mettant l'accent sur le traitement des grossesses présentant des complications.

Le rôle des soins prénatals

Les consultations prénatales offrent l'occasion de répondre aux besoins psychosociaux et médicaux des femmes enceintes, tout en apprenant à connaître le contexte dans lequel elles vivent. Ces examens de santé périodiques permettent aux femmes de se familiariser avec le système de soins de santé. À ce stade, il est possible d'individualiser les messages de promotion de la santé et de détecter les facteurs potentiels de risque. Ces consultations permettent de fournir à toutes les femmes enceintes des services essentiels, comme la vaccination contre le tétanos, l'éducation à la nutrition et la distribution de comprimés de fer et d'acide folique. L'OMS recommande quatre consultations prénatales. Toutefois, ce qui importe avant tout, c'est moins le nombre de consultations que leur qualité.

Les soins prénatals sont aussi l'occasion de proposer des services de conseils et le dépistage volontaire de la syphilis et du VIH, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'aller une nouvelle fois dans un dispensaire. Les

femmes enceintes reconnues séropositives peuvent alors commencer un régime médicamenteux conçu pour minimiser les risques de transmission verticale. Les consultations prénatales offrent également l'occasion de recenser les femmes séronégatives et de leur dispenser les connaissances et le savoir-faire qui leur permettront de rester séronégatives

Plus récemment, on a commencé dans le cadre des soins prénatals à proposer un traitement préventif intermittent du paludisme. Cette initiative est importante, car le paludisme provoque l'anémie, qui est un facteur significatif de morbidité et de mortalité maternelles. Le traitement consiste habituellement dans l'administration d'une dose unique de chimioprophylaxie aux femmes enceintes, au moins une fois après que le fœtus commence à remuer. Parallèlement, on fournit des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir une infection paludéenne. Le traitement préventif intermittent est une intervention relativement nouvelle, qui va devoir faire l'objet d'une évaluation approfondie.

Associer les accoucheuses traditionnelles

Certains petits projets ont connu des succès en matière de formation des accoucheuses traditionnelles, mais les résultats des évaluations ne sont pas concluants et n'attestent pas une réduction significative de la

morbidité ou de la mortalité maternelle. Cela est imputable, en partie, au manque de personnel médical bien formé et de services efficaces d'aiguillage pour appuyer ces accoucheuses traditionnelles en cas de complication pouvant être fatale. Les accoucheuses traditionnelles, qu'elles soient formées ou non, sont désarmées face à de telles complications.

L'UNFPA s'attache maintenant à rendre plus accessibles les soins donnés par des *professionnels*. Ce terme désigne les médecins, les sages-femmes et les infirmières possédant le savoir-faire des accoucheuses.

Dans le cadre des programmes plus récents, on s'efforce de promouvoir le rôle des accoucheuses traditionnelles en tant qu'agents de liaison culturellement sensibles entre le système de santé et la communauté. Les procédures médicales et l'administration de médicaments doivent être laissées aux seuls professionnels de la santé. En revanche, nombre de sages-femmes et de médecins n'ont pas de formation qui les préparent aux systèmes de croyance, à la communication et à l'organisation de la communication¹. C'est là que les accoucheuses traditionnelles peuvent s'avérer les plus utiles.

C'est pour ces raisons que l'UNFPA a cessé de promouvoir la formation des accoucheuses traditionnelles pour leur permettre de diagnostiquer ou de traiter les complications liées à la grossesse. Le Fonds préconise de donner un rôle aux accoucheuses traditionnelles consistant à rapprocher les communautés et les agents sanitaires formés. Les accoucheuses traditionnelles peuvent encourager les femmes à recourir à la planification familiale et aux services prénatals, et les inciter à se rendre, en cas de complication, dans des hôpitaux ou autres établissements de soins pour y obtenir des soins obstétricaux d'urgence. L'UNFPA fournit aussi des troussees spéciales d'accouchement qui peuvent être utilisées par des sages-femmes, des membres de la famille, voire des accoucheuses traditionnelles dans des situations d'urgence afin de minimiser le risque d'infection.

¹ Initiative pour une maternité sans risque; soins professionnels pendant l'accouchement.

Foyers d'accueil avant maternité

Ces foyers sont des résidences où des femmes définies comme présentant des « risques élevés » peuvent attendre l'accouchement pour être ensuite transférées vers un service médical proche peu de temps avant l'accouchement, ou plus tôt, en cas de complication. Le but poursuivi est de réduire au minimum le délai nécessaire pour recevoir des soins en cas d'urgence obstétricale en réduisant considérablement le temps de transport.

Les enquêtes quantitatives réalisées pour établir l'efficacité des foyers d'accueil avant maternité sont peu nombreuses à ce jour. Un problème important se pose, celui de déterminer quelles sont les femmes présentant des risques élevés. Dans certaines études, les femmes qui sont enceintes pour la première fois sont celles dont le séjour dans pareils foyers s'est avéré le plus réussi. Par ailleurs, la majorité des complications surviennent chez des femmes qui ne présentent aucun facteur de risque apparent. De plus, le séjour de quatre semaines qui est recommandé représente un obstacle pour de nombreuses femmes. Pour certaines d'entre elles, ce séjour dans les foyers offre un repos bien nécessaire après l'accouchement.

Certains pays ont abandonné les définitions médicales de la « grossesse présentant des risques élevés » au profit d'une notion plus large qui associe la distance et les facteurs de risque socioéconomiques et médicaux. De toute façon, les foyers d'accueil avant maternité ne sauraient être une solution isolée; ils devraient jeter un pont entre les collectivités et le système de santé et assurer la continuité des soins.

L'approche stratégique de l'UNFPA

Les programmes de l'UNFPA mettent l'accent sur trois grandes stratégies destinées à prévenir la morbidité et la mortalité maternelles. Les interventions effectuées dans ce cadre s'avèrent le plus efficaces lorsqu'elles sont mises en oeuvre dans un ensemble structuré.

■ La planification familiale

En réduisant le nombre de grossesses non désirées, on contribue beaucoup à réduire la mortalité maternelle en réduisant le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, en donnant la possibilité aux femmes d'espacer correctement leurs grossesses et d'éviter des grossesses précoces ou tardives. La réduction du nombre de grossesses conduit également à une diminution du nombre de décès liés à la grossesse.

■ L'assistance qualifiée à la naissance

Une assistance qualifiée est celle fournie par une sage-femme diplômée, une infirmière ou un médecin capables de superviser des accouchements normaux, de diagnostiquer rapidement des complications et de les gérer, et d'aiguiller correctement les patientes chez qui elles se manifestent.

■ Les soins obstétricaux d'urgence

L'accès à des établissements de soins capables d'effectuer des interventions d'urgence comme des césariennes, l'extraction manuelle du placenta, des transfusions sanguines et l'administration d'antibiotiques présente une importance vitale.

Les initiatives requises pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé maternelle sont aujourd'hui bien comprises et ne supposent pas des coûts exorbitants. Dans de nombreux cas, les efforts déployés pour améliorer l'accès aux services destinés à prévenir la mortalité maternelle peuvent être intégrés dans les

efforts déployés pour améliorer le système de santé dans son ensemble. Les pays en développement qui sont parvenus à réduire le nombre de décès maternels doivent ce résultat aux améliorations qu'ils n'ont cessé d'apporter en termes de couverture et de qualité de leurs services de santé. L'investissement consacré à l'infrastructure générale des soins de santé bénéficiera non seulement aux femmes enceintes, mais également à toutes les personnes qui ont besoin de soins.

Une approche axée sur les droits de la personne humaine²

L'UNFPA a opté pour une approche de la mortalité maternelle qui est axée sur les droits de la personne humaine, qu'il s'agisse de la priorité qu'il assigne à cette question ou de la conception et de l'application des politiques et programmes dans ce domaine. Comme pratiquement tous les cas de mortalité maternelle peuvent être évités, on peut invoquer les principes relatifs aux droits de la personne humaine pour dénoncer la persistance de la mortalité maternelle et préconiser qu'il soit mis fin à cette injustice par le biais de l'accès universel à des soins qualifiés durant la grossesse et l'accouchement. De plus, les principes relatifs aux droits de l'homme, lorsqu'ils sont appliqués d'une manière respectueuse de la culture, peuvent être intégrés dans des programmes exécutés au niveau de la gestion des hôpitaux et dispensaires et au niveau du suivi. Par exemple, on peut appliquer des méthodes visant à encourager un traitement respectueux des patients dans les établissements de soins. On peut mettre en oeuvre des mécanismes qui font appel aux perceptions et à la participation de la collectivité. Sur le plan des politiques, les principes relatifs aux droits de la personne humaine peuvent sous-tendre le dialogue et la définition des politiques axées sur la réforme du secteur de la santé.

² Voir Freedman, L. P. 2001. « Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75: 51-60.

La planification familiale

Si l'on pouvait satisfaire la seule demande de services de planification familiale, on parviendrait à réduire de 20 % le nombre de grossesses dans les pays en développement et d'au moins autant le nombre de lésions et de décès maternels. Au fil des 30 dernières années, l'UNFPA a affiné sa stratégie de manière à promouvoir des services de planification familiale de grande qualité qui respectent les choix individuels. Cela signifie assurer la fourniture en nombre suffisant d'une vaste gamme de contraceptifs et d'articles de santé génésique, notamment des préservatifs pour les hommes et pour les femmes. Certes, l'accès à la planification familiale ne permettra guère de réduire le taux de mortalité maternelle, mais il peut contribuer de manière significative à réduire le nombre total de décès lié à la grossesse et à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène. La planification familiale a fait la preuve de sa grande efficacité et elle occupe une place centrale dans tous les programmes de l'UNFPA.

L'assistance qualifiée à la naissance

La plupart des complications obstétricales surviennent pendant l'accouchement et au moment de la naissance. Un professionnel a vite fait de diagnostiquer les complications qui risquent d'être fatales et d'intervenir en temps utile pour sauver la vie de la mère. Comme

indiqué plus haut, auparavant les efforts déployés pour promouvoir une assistance qualifiée à la naissance étaient axés sur la promotion des accoucheuses traditionnelles. Ces 10 dernières années, il s'est opéré un revirement radical, et l'accent est mis désormais sur le développement de l'assistance professionnelle à l'accouchement. On estime que si 15 % des naissances ont lieu avec l'aide de médecins et 85 % avec l'aide de sages-femmes, il sera possible de réduire sensiblement la mortalité maternelle. Ce ratio s'avère le plus efficace dans les situations où les sages-femmes assistent les parturientes qui ont un accouchement normal et sont capables d'aiguiller vers un médecin les 15 % d'accouchements qui sont accompagnés de complications.

L'assistance qualifiée à la naissance est une des techniques mises en oeuvre dans les programmes réalisés dans les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats en matière de réduction de la mortalité maternelle. Il est indispensable de permettre un meilleur accès à des sages-femmes formées qui peuvent compter sur l'appui du système de santé. Cet appui comprend l'accès régulier et sûr aux médicaments et aux fournitures, ainsi que le respect et l'autorité requise pour aiguiller les parturientes vers un niveau supérieur de soins.

Aujourd'hui, la preuve est faite que l'appel à des médecins, à des sages-femmes et à des infirmières

Fonctions de base dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence - Fonctions accomplies dans un centre de santé qui ne doit pas nécessairement disposer d'une salle d'opération

- Administration d'antibiotiques par voie intraveineuse/intramusculaire
- Administration d'ocytociques par voie intraveineuse/intramusculaire
- Administration d'anticonvulsifs par voie intraveineuse/intramusculaire
- Extraction manuelle du placenta
- Accouchement par voie basse assisté instrumental
- Extraction des produits de conception résiduels

Fonctions complètes dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence - Fonctions habituellement accomplies dans des hôpitaux de district et exigeant une salle d'opération

Les six fonctions de base dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence, auxquelles il convient d'ajouter :

- La césarienne
- La transfusion de sang dans de bonnes conditions de sécurité

Pour satisfaire à ces normes, un établissement de soins doit accomplir périodiquement chacune des six ou huit fonctions susvisées et faire l'objet d'une évaluation tous les trois mois ou tous les six mois.

pour les accouchements joue un rôle crucial dans la réduction de la mortalité maternelle. Pourtant, à peine 58 % des accouchements ont lieu en présence d'un professionnel. Cela s'explique par de nombreuses raisons, dont le manque de professionnels dûment formés et qualifiés. Un autre facteur est constitué par une mauvaise répartition géographique des professionnels, la plupart de ceux-ci préférant demeurer dans des agglomérations urbaines. L'UNFPA s'efforce de résoudre ce problème en préconisant une formation plus poussée des professionnels et en concevant des méthodes novatrices propres à fixer ceux-ci dans les régions qui en ont le plus besoin. Cela suppose des mesures d'incitation, comme la fourniture de logements et des programmes d'apprentissage à distance pour les sages-femmes et les médecins travaillant dans des zones rurales ou semi-rurales, ainsi que des systèmes de roulement faisant appel à des médecins conventionnés et à des médecins non conventionnés. La télémédecine, qui utilise les technologies nouvelles pour relier les

dispensaires ou les services d'images de diagnostic à des centres où se trouvent des professionnels, offre d'excellentes perspectives en ce qui concerne les femmes vivant dans des zones rurales ou reculées.

Les soins obstétricaux d'urgence

Les soins obstétricaux d'urgence comprennent une série de fonctions d'importance capitale pratiquées dans des établissements de soins et qui peuvent prévenir le décès d'une femme présentant des complications dues à la grossesse. Ces soins sont une réponse à des complications et non une pratique standard qui s'appliquerait à tous les accouchements. On divise souvent les soins obstétricaux d'urgence en deux catégories : les soins de base, qui peuvent être dispensés dans un centre de santé par une infirmière, une sage-femme ou un médecin, et les soins complets, qui exigent habituellement les installations d'un hôpital de district disposant d'une salle d'opération. Ces fonctions sont énumérées dans le tableau de la page précédente.

INTÉGRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS UN CADRE POLITIQUE D'ENSEMBLE

On s'accorde en général à reconnaître que la santé génésique est indissolublement liée à la réduction de la pauvreté et à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), qui fournissent de plus en plus un cadre et un instrument de mesure pour les efforts internationaux de développement. La réduction de la mortalité maternelle est prévue dans l'établissement de rapports consacrés aux OMD; de son côté, l'UNFPA s'emploie à assurer la prise en compte de la santé génésique dans la mise au point de processus multi-institutions, comme les bilans communs de pays, les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) et les cadres de l'aide au développement (PCNUAD), les approches sectorielles et les réformes du secteur de la santé. De cette façon, l'UNFPA a une possibilité de superviser les importants investissements acheminés par le biais de pareils processus.

Les approches sectorielles sont centrées sur le secteur de la santé pris dans son ensemble et non sur des projets donnés. Cela présente plusieurs avantages. En premier lieu, les pays qui sont parvenus à réduire les taux de mortalité maternelle l'ont fait par le biais du développement du secteur de la santé dans son ensemble. La mise en place d'un système de santé efficace ne manquera pas d'avoir un impact durable sur l'amélioration de la santé maternelle. Les niveaux de mortalité maternelle sont des indicateurs importants qui renseignent sur le fonctionnement du système de santé. En outre, il importe d'encourager la mise au point de programmes accessibles aux femmes dans le cadre des approches sectorielles existantes. L'UNFPA appuie l'établissement de liens entre la maternité sans risque, les approches sectorielles et autres processus de dialogue à un stade précoce afin d'assigner à cette question urgente une priorité dans le cadre des vastes réformes à entreprendre dans le secteur de la santé.

Les **soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB)** consistent essentiellement dans l'administration de médication par injection. Il s'agit généralement d'antibiotiques destinés à venir à bout d'une infection, d'anticonvulsifs pour traiter l'éclampsie, ou d'ocytociques pour traiter des saignements excessifs. On y inclut également la capacité de retirer manuellement un placenta qui n'a pas été expulsé naturellement. Le placenta qui est retenu peut provoquer des saignements excessifs et des infections, tout comme toute partie du placenta ou d'un autre tissu qui serait retenu dans l'utérus. L'enlèvement exige habituellement une intervention chirurgicale mineure, comme une extraction manuelle ou une dilatation, puis un curetage.

Les **soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC)** s'entendent de la capacité d'exécuter une intervention chirurgicale plus complexe, comme une césarienne pour soulager une dystocie d'obstacle. Ils

comprennent également la capacité de réaliser des transfusions de sang pour remédier à des hémorragies qui risquent d'être fatales. Cela suppose à son tour la capacité de collecter, de dépister et de stocker le sang dans de bonnes conditions d'hygiène.

L'amélioration de la disponibilité de services est une première étape essentielle en vue de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Dans de nombreux cas, un investissement limité est suffisant pour développer des établissements sanitaires existants et leur permettre de fournir des soins obstétricaux d'urgence. Les améliorations pourront consister à rénover une salle d'opération ou à en équiper une nouvelle, à réparer ou à acheter le matériel chirurgical et le matériel de stérilisation, à convertir des établissements inutilisés dans des hôpitaux ou centres de santé, à former les médecins et les infirmières à des interventions destinées à sauver des vies, ou encore à améliorer la

LES INDICATEURS EN MATIÈRE DE MORTALITÉ MATERNELLE

INDICATEUR	NIVEAU MINIMUM ACCEPTABLE
Nombre de centres de soins obstétricaux essentiels (SOE) ³ :	Pour 500 000 habitants , il doit y avoir :
1. Centres de SOE de base	Au moins quatre centres de SOE de base
Centres de SOE complets	Au moins un centre de SOE complets.
2. Répartition géographique des centres de SOE	Le niveau minimum concernant le nombre de services de SOE est atteint localement.
3. Proportion des accouchements ayant lieu dans les centres de SOE de base et complets	Au moins 15 % des accouchements dans la population ont lieu soit dans un centre de SOE de base soit dans un centre de SOE complets.
4. Besoins en SOE satisfaits : Proportion de femmes estimées présenter des complications qui sont traitées dans les centres de SOE	Au moins 100 % des femmes que l'on estime présenter des complications obstétricales sont traitées dans les centres de SOE.
5. Césariennes en pourcentage de l'ensemble des accouchements	En pourcentage de l'ensemble des accouchements dans la population, les césariennes ne représentent pas moins de 5 % ni plus de 15 % .
6. Taux de létalité	Les taux de létalité chez les femmes présentant des complications obstétricales dans les centres de SOE est inférieur à 1 % .

SOURCE: MAINE, D., ET AL. AOÛT 1997. *GUIDELINES FOR MONITORING THE AVAILABILITY AND USE OF OBSTETRIC SERVICES*. UNICEF/OMS/UNFPA, p 25.

³ Dans le présent tableau, les soins obstétricaux essentiels correspondent à ce que l'on désigne ailleurs dans le document comme les soins obstétricaux d'urgence.

gestion des services de santé. À ce titre, il faut veiller à une formation et à une répartition adéquates du personnel et assurer un accès fiable au matériel et aux fournitures. Il faut également encourager le suivi et les évaluations, ainsi qu'une amélioration constante de la qualité des services existants, et s'assurer que ces services sont utilisés par les femmes et leurs familles.

Des indicateurs de processus pour surveiller les progrès réalisés

Les taux et ratios de mortalité maternelle sont difficiles à obtenir, ils sont coûteux et ils sont souvent imprécis. Dans de nombreux pays pauvres qui doivent se contenter de systèmes sommaires d'enregistrement de faits d'état civil, il est pratiquement impossible de collecter de telles données avec le soin et la précision voulus. Les indicateurs de processus sont plus faciles à exploiter; ils peuvent être utilisés pour montrer les changements affectant les activités ou les facteurs dont on sait qu'ils contribuent aux décès maternels ou aident à les prévenir. Ces indicateurs sont devenus un précieux instrument permettant de prendre la mesure des progrès réalisés en matière d'application et d'efficacité des programmes.

Au nombre de ces indicateurs figurent le pourcentage d'accouchements réalisés avec une assistance qualifiée, le nombre d'établissements de soins obstétricaux d'urgence, leur répartition géographique, le pourcentage de femmes présentant des complications qui sont traitées dans les établissements pratiquant les soins obstétricaux d'urgence, les taux de césarienne et les taux de mortalité clinique (ou létalité).

Mis ensemble, ces indicateurs permettent de se faire une idée précise de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation des services. C'est là précisément, à bien des égards, le genre d'information dont ont besoin les responsables de programme. Les *indicateurs d'impact*, comme les taux et ratios de mortalité maternelle, demeurent à coup sûr une mesure utile, en particulier pour permettre d'établir des comparaisons internationales. Toutefois, le côté pragmatique des indicateurs de processus a fait de ceux-ci, ces dernières

années, des outils précieux de contrôle, car ils sont sensibles au changement et faciles à tenir à jour dans les systèmes de collecte des données.

L'indicateur retenu pour mesurer le progrès par rapport aux Objectifs du millénaire pour le développement est le pourcentage de naissances survenues avec une assistance qualifiée. D'autres indicateurs, qu'on utilise pour suivre et évaluer la maternité sans risque, comprennent le pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse, ainsi que le pourcentage de femmes qui reçoivent des soins postnatals.

Un suivi attentif comporte généralement, en plus, des recherches plus approfondies pour déterminer les causes sous-jacentes de mortalité maternelle. Les audits de décès maternels commencent souvent par retracer l'itinéraire d'une femme qui a succombé dans un établissement de soins, et ce, depuis le début de l'accouchement. Cela permet de compléter les dossiers de l'établissement de soins en y intégrant des informations qualitatives sur les obstacles qui s'opposent aux soins et sur les nombreux facteurs qui ont conduit à la mort de la patiente. La détermination de ces facteurs permet de cibler plus facilement les interventions afin de remédier à ceux de ces facteurs qui peuvent être évités. Il faudrait également essayer de recenser les femmes qui sont mortes dans la communauté et de réaliser à ce niveau-là des audits analogues.

Les soins au nouveau-né

Lorsqu'un nouveau-né présente des complications, sa vie peut être changée à tout jamais grâce à des interventions qui ne prennent que quelques minutes. Les soins dispensés au nouveau-né pendant l'accouchement rendent compte d'une des disparités les plus importantes sur le plan de la santé, la différence observée entre les taux de mortalité néonatale dans les pays développés et dans les pays en développement. Chaque année, 4 millions de nouveau-nés meurent avant d'avoir atteint l'âge d'un mois, et un nombre égal sont mort nés. Quatre-vingt-dix-huit pour cent de ces décès surviennent dans les pays en développement.

En dernière analyse, ces décès nous indiquent si ceux qui assistent les parturientes possèdent les qualifications et les connaissances requises pour traiter des urgences néonatales et s'ils sont capables d'utiliser ce bagage à bon escient. La formation dispensée aux sages-femmes, aux infirmières et aux médecins qui assistent les parturientes inclut de plus en plus une préparation aux urgences néonatales. L'UNFPA prône avec force la fourniture aux travailleurs sanitaires de la formation et du soutien requis pour leur permettre d'offrir à chaque nouveau-né les meilleurs soins possibles.

L'invalidité maternelle : la tragédie de la fistule obstétricale

Pendant des années, on a négligé la morbidité maternelle, qui est faite des lésions et maladies chroniques dont les femmes souffrent à la suite d'une grossesse. Pourtant, les estimations montrent que pour chaque femme qui meurt des suites d'une grossesse, 30 autres femmes souffrent de lésions. La plus grave de celles-ci, c'est la fistule obstétricale.

Il s'agit d'un orifice entre la vessie et le vagin, ou entre le rectum et le vagin, et qui provoque l'incontinence. La fistule a des conséquences physiques graves, notamment une odeur fétide persistante, des infections fréquentes, des ulcérations pénibles de la région génitale, la stérilité et, souvent, une mortalité précoce. Les conséquences sociales peuvent être encore pires, les femmes atteintes étant presque toujours divorcées, abandonnées et réduites

souvent à vivre dans un isolement social presque total.

La fistule obstétricale est répandue en Afrique et dans certaines régions d'Asie. Elle affecte plus de 2 millions de jeunes filles et de femmes dans le monde, et l'on estime que 100 000 à 200 000 nouveaux cas apparaissent chaque année.

Heureusement, la fistule obstétricale peut être palliée par une intervention chirurgicale. Le taux de succès est de 90 % et la plupart des femmes opérées peuvent reprendre une vie normale et sans restrictions. Malheureusement, il n'y a qu'une poignée d'établissements de soins qui proposent de telles interventions, et le coût (proche de 350 dollars) peut s'avérer prohibitif. Ce manque d'établissements s'explique en grande partie par le manque de sensibilisation à la question, la formation sommaire sur ce plan que reçoivent les chirurgiens et les infirmières, et le fait que l'opération n'est pas rentable.

L'UNFPA a lancé une campagne contre la fistule au début de 2000.

Cette campagne vise trois objectifs :

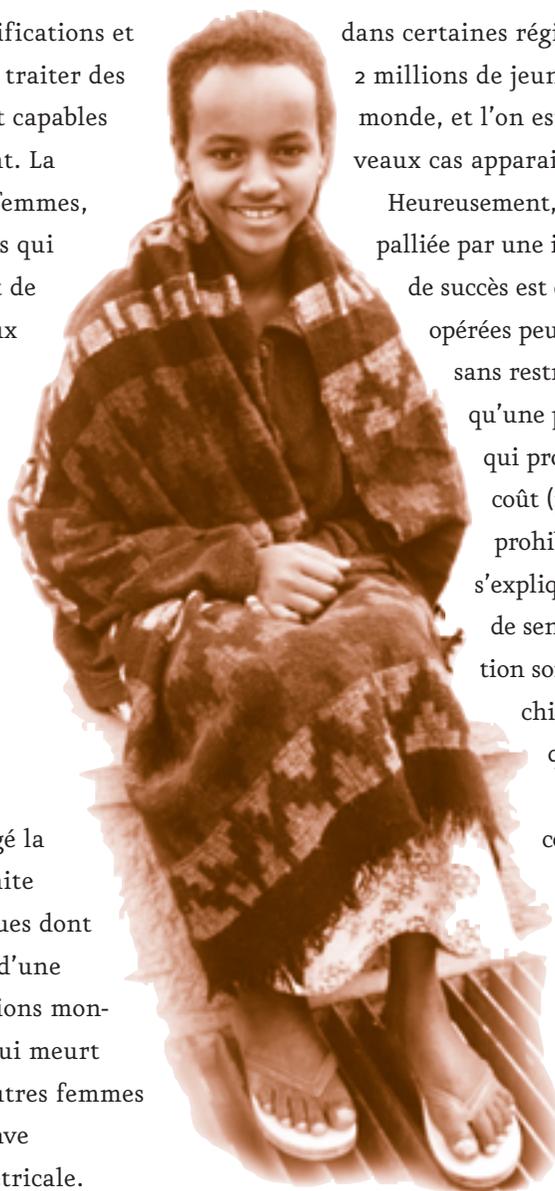
- Sensibiliser;
- Déterminer les besoins;
- Développer les services de prévention et de traitement.

L'UNFPA soutient toute une gamme d'activités qui ont pour objet de réduire le risque pour une femme de connaître une

invalidité chronique à la suite d'un accouchement.

Il s'agit des activités suivantes, notamment :

- Prôner un âge plus élevé pour le mariage et la grossesse;
- Assurer à toutes les femmes enceintes l'accès aux soins obstétricaux d'urgence;
- Renforcer la capacité requise pour opérer la fistule.



Interventions soutenues par l'UNFPA aux niveaux national et régional

La majorité des activités de l'UNFPA dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence se situe aux niveaux national et régional. Les bureaux de pays multiplient les initiatives de soutien à la réduction de la mortalité maternelle par le biais d'un large éventail de programmes. Ces efforts sont vivement encouragés sur le plan régional par les équipes d'appui technique de pays de l'UNFPA, qui participent toutes aux activités de plaidoyer déployées sur les plans régional, national et mondial. Leur action collective s'avère des plus utiles, mais il est impossible de parler de chacun des programmes en particulier. On trouvera dans les pages qui suivent une sélection des programmes les plus remarquables entrepris par les bureaux extérieurs de l'UNFPA depuis la dernière *Mise à jour concernant la mortalité maternelle*.

Division de l'Afrique

De tous les projets régionaux de réduction de la mortalité maternelle lancés en Afrique, le plus prometteur est la collaboration entre l'UNFPA et le programme de l'Université Columbia intitulé « Averting Maternal Death and Disability programme » (prévenir les décès et infirmités maternels). Des évaluations des besoins ont été réalisées dans huit pays d'Afrique subsaharienne pour rendre compte avec précision des services de soins obstétricaux d'urgence qui y étaient offerts. À l'aide d'indicateurs de processus, l'UNFPA s'est efforcé de créer des capacités et d'augmenter l'accessibilité et la fréquentation des établissements de soins obstétricaux d'urgence. Une brochure que l'on trouvera dans la pochette arrière de la présente publication explique en détail la façon dont le programme utilise des indicateurs pour obtenir des résultats dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. (La publication peut être également consultée sur le site www.unfpa.org/publications.)

Évaluations des besoins

Le projet de collecte des données a commencé en octobre 2000, lorsque l'UNFPA et les gouvernements du **Cameroun**, de **Côte d'Ivoire**, de **Mauritanie**, du **Niger** et du **Sénégal** ont organisé un atelier sur les méthodes à Dakar (Sénégal) afin de promouvoir l'utilisation d'indicateurs de processus. Faisant suite à l'atelier, une consultation préparatoire a été organisée dans chacun des pays pour clarifier la définition des complications obstétricales et valider les stratégies de collecte des données. Des équipes paramédicales ayant reçu une formation spéciale ont recueilli des données auprès d'établissements de soins locaux, régionaux et nationaux, sous la supervision d'experts d'instituts nationaux de recherche, des bureaux de l'UNFPA et du ministère de la santé.

Des douzaines d'établissements de soins ont été évalués. Ils avaient été sélectionnés parmi des centres de santé publics et privés, des maternités censées fournir des soins obstétricaux d'urgence de base et des hôpitaux de district censés fournir des soins obstétricaux d'urgence complets.

Des visites effectuées dans chaque établissement de soins en **Mauritanie**, au **Niger** et au **Sénégal** ont permis de réaliser une évaluation détaillée de la situation dans ces trois pays. Au **Cameroun**, tous les établissements de soins dans cinq des 10 provinces ont

été évalués. En **Côte d'Ivoire**, compte tenu du grand nombre d'établissements de soins, on a évalué un échantillon ponctuel. Dans les cinq pays, les résultats rendent compte de la disponibilité, de la fréquentation et de la qualité des services de soins obstétricaux d'urgence à l'échelon national.

La même opération est en cours aujourd'hui en **Gambie**, au **Gabon** et en **Guinée-Bissau**, et des évaluations des besoins analogues sont menées au **Rwanda**, au **Burundi**, au **Zimbabwe** et en **Algérie**. Cette méthode qui procède par étape tire le meilleur parti de l'expérience des pays qui ont déjà réalisé cette opération, en vue de rationaliser et d'améliorer les évaluations ultérieures.

Les résultats des collectes de données effectuées au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Mauritanie, au Niger et au Sénégal ont été examinés lors d'un atelier réuni à Nouakchott (Mauritanie). Pour chaque pays, on a présenté six indicateurs, selon la méthode décrite dans les directives publiées en 1997 par l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA, intitulée *Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (Contrôle de la disponibilité et de l'utilisation des soins obstétricaux).

Le bureau de pays de l'UNFPA au Niger a déjà recueilli les fonds nécessaires pour réaliser des interventions dans cinq districts et mis au point des propositions détaillées de projet. Dans d'autres pays,

MOZAMBIQUE

L'APPUI DONNÉ AUX SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DANS LA PROVINCE DE SOFALA

La province de Sofala compte une population d'environ 1,5 million de personnes. Ces 10 dernières années, elle a connu une guerre civile et des catastrophes naturelles qui ont fortement endommagé l'infrastructure sanitaire. Pour y remédier, on a mis au point un projet visant à améliorer le fonctionnement, la fourniture et utilisation des soins obstétricaux d'urgence de base et des soins obstétricaux d'urgence complets.

La première année du projet, une formation à l'administration de soins obstétricaux d'urgence de base ou complets, a été fournie à trois hôpitaux ruraux et à l'hôpital central de Beira, la capitale de la province. Durant cette période de formation, un stage d'initiation aux soins obstétricaux d'urgence de base d'une durée d'un mois a été organisé à l'intention de 37 soignants spécialisés dans la santé maternelle et infantile, trois techniciens chirurgicaux et trois médecins. En outre, un stage de formation à la chirurgie dans le cadre des urgences obstétricales, d'une durée de trois mois, a été organisé pour un médecin. Les techniciens chirurgicaux de niveau moyen sont souvent amenés à traiter des situations d'urgence chirurgicales et obstétricales et jouent un rôle de première importance dans la fourniture de soins obstétricaux d'urgence complets dans les hôpitaux ruraux.

Le programme de formation en cours d'emploi a été organisé à l'hôpital central de Beira, ce qui lui a permis de constituer un réseau avec les maternités périphériques et de former celles-ci à l'utilisation des indicateurs de processus. Une liste de médicaments essentiels, de matériel médical et de fournitures a été établie à partir d'une évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux d'urgence. Des médicaments et des fournitures ont été achetés et distribués aux maternités et aux hôpitaux ruraux choisis.

Un formulaire pilote pour la collecte d'information concernant les indicateurs de processus des soins obstétricaux d'urgence dans les maternités a été mis au point et est testé actuellement. Cela facilitera l'intégration de ces données dans les systèmes nationaux d'information sur la santé. De plus, un comité provincial pour la réalisation d'audits sur la mortalité maternelle a été créé avec la participation du personnel des hôpitaux ruraux pour analyser les facteurs qui contribuent à chaque décès maternel et qui peuvent être évités, et déterminer les moyens à mettre en oeuvre pour améliorer la gestion des urgences obstétricales.

L'expérience du projet de Sofala est en train d'être étendue à d'autres provinces et elle couvrira en dernière analyse l'ensemble du pays. Un manuel de formation à l'obstétrique d'urgence, fondé sur la compétence, a été mis au point, et le Ministère de la santé a conçu une stratégie nationale et un plan opérationnel pour la réduction de la mortalité maternelle.

des propositions en vue du renforcement des interventions des soins obstétricaux d'urgence sont prêtes et l'élaboration de programmes doit commencer sous peu.

Formation

Les bureaux de pays de l'UNFPA en **Angola**, au **Nigeria**, en **Ouganda**, en **Éthiopie**, à **Sao Tomé-et-Principe** et au **Rwanda** s'attaquent à la réduction de la mortalité maternelle en finançant la formation des praticiens de la santé aux premiers secours obstétricaux. L'**Éthiopie** a également organisé une formation

des formateurs afin de diffuser ces qualifications.

Le **Niger** forme actuellement des sages-femmes à une gestion efficace de la dystocie d'obstacle, y compris l'utilisation d'un partogramme. Soucieux de normaliser la formation et les services de soins obstétricaux d'urgence, il est en train d'élaborer également un module de formation en la matière pour les infirmiers et les médecins.

Au **Kenya**, la formation du personnel des services de santé a été centrée sur la tenue de registres et la collecte de données pour assurer le suivi de la fourni-

UN PROJET EN POINT DE MIRE : ÉRYTHRÉE

L'UNFPA/Érythrée a réalisé une étude de base sur la situation nationale de la santé génésique en 2001. Cette étude comportait une analyse des sources de données existantes et la collecte d'autres données ayant trait à des indicateurs des soins obstétricaux d'urgence. À partir des résultats de cette évaluation rapide, on a mis en place une politique nationale de santé génésique et d'hygiène sexuelle en collaboration avec USAID et l'UNICEF, qui inclut un nouveau programme assurant la sécurité de l'approvisionnement en articles de contraception.

On a ensuite organisé une formation spécialisée pour le personnel infirmier, les sages-femmes et les médecins dans le domaine des premiers secours obstétricaux et des soins obstétricaux d'urgence complets.

Le projet a également mis l'accent sur la zone méridionale de la mer Rouge, une bande de terre allongée et étroite, isolée du reste du pays. On a construit et équipé en 2001-2002 un centre pour les soins obstétricaux d'urgence complets, la maternité d'Assab, afin de permettre aux femmes de cette région reculée d'avoir accès à des services de soins obstétricaux d'urgence. L'UNFPA a mis à disposition des ambulances chargées d'assurer les transports d'urgence, et il organise des programmes mensuels de sensibilisation de la communauté.

L'UNFPA/Érythrée a fortement mis l'accent sur la maternité sans risque en affectant à celle-ci pas moins de 70 % des fonds destinés au sous-programme de santé génésique. Ce pourcentage est supérieur de beaucoup à l'allocation moyenne du bureau de pays et contribue à placer la question au centre de l'attention. Cet investissement a, par ailleurs, attiré d'autres donateurs, l'UNFPA prépare actuellement d'autres activités en collaboration avec l'UNICEF, le Département britannique pour le développement international et USAID.

ture de services dans neuf districts. La formation des sages-femmes et de personnel infirmier sera organisée dès que le Ministère de la santé aura ratifié le protocole de formation.

La **Sierra Leone** a organisé à l'intention des sages-femmes et des médecins des ateliers d'orientation pour les familiariser avec les capacités requises en cas d'urgence pour sauver des vies, ainsi que des ateliers de perfectionnement à la maternité sans risque d'une durée de deux jours pour le personnel infirmier dans six districts. Cela étant, on observe encore une pénurie de personnel. Le Ministère de la santé s'efforce d'y faire face en élargissant la gamme des tâches qui peuvent être confiées au personnel infirmier. Des programmes de formation spéciale à l'anesthésie ont été organisés à l'intention du personnel infirmier, quatre hommes et cinq femmes. Ces infirmiers sont considérés à présent comme faisant partie de l'équipe de base à mettre en place dans les hôpitaux de district en vue de mettre au point des programmes de réduction de la mortalité maternelle.

Le **Zimbabwe** a axé la formation sur les soins post-partum, ce dont ont bénéficié 14 médecins. Le **Mozambique** a entrepris d'organiser un stage annuel de perfectionnement pour préparer le personnel à traiter les situations d'urgence obstétricales.

Développement de l'infrastructure

Le **Niger**, l'**Ouganda**, le **Rwanda** et l'**Angola** ont acheté des ambulances et du matériel de communication radio pour améliorer le transport. Ils ont également modernisé les centres existants et le matériel et se sont chargés des fournitures. Le **Niger** a mis au centre de son système d'aiguillage un établissement de soins sis à Loga, qui reçoit des patientes envoyées par 64 établissements périphériques. En outre, le Niger s'est associé avec CARE et le *Population Council* du Mali pour mettre en place un système de santé centré sur la communauté. Le Rwanda s'est mis d'accord avec 14 hôpitaux et 116 centres de santé pour développer la disponibilité des services de soins obstétricaux d'urgence.

L'**Éthiopie** a réalisé une évaluation de ses

politiques et stratégies de maternité sans risque et découvert qu'il n'y avait pas eu depuis 1996 de collecte de données concernant les indicateurs des soins obstétricaux d'urgence. Les données vont devoir être mises à jour. En outre, l'Éthiopie s'est employée à moderniser les établissements et à accroître le flux de matériel et de fournitures; elle a par ailleurs construit un entrepôt pour stocker en toute sécurité des contraceptifs, du matériel et autres fournitures.

L'UNFPA/**Burundi** s'est associé avec l'université nationale pour améliorer les programmes de formation médicale et aider à l'achat de matériel et de fournitures. Le projet a permis de construire six hôpitaux ruraux qui sont en mesure de fournir à l'ensemble du pays des soins obstétricaux d'urgence.

L'UNFPA/**Kenya** a réalisé des évaluations des besoins des établissements de soins dans neuf districts afin de déterminer les moyens à mettre en oeuvre pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Sur la base des conclusions, le bureau de pays a aidé le Ministère de la santé à acheter des fournitures pour les soins obstétricaux d'urgence (notamment des trousseaux pour exécuter des extractions pneumatiques manuelles, des césariennes, des accouchements dans de bonnes conditions hygiène et la réanimation néonatale), tant dans le pays qu'à l'étranger. De plus, des trousseaux Norplant® ont été distribués, et le Fonds a acheté des radios pour les postes de santé.

Politiques et activités de plaidoyer

En mai 2001, l'UNFPA a organisé, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, le forum « Vision 2010 » qui a mis l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest. Il s'agissait de sensibiliser l'opinion, de renforcer l'engagement politique et de développer les connaissances techniques des décideurs et des responsables. Les femmes des chefs d'État du **Ghana**, de **Guinée**, du **Burkina Faso**, du **Nigéria**, du **Sénégal**, du **Bénin** et du **Gabon** ont assisté au forum, ainsi que des participants de 14 autres pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Le Directeur exécutif adjoint de l'UNFPA a

participé au forum et s'est adressé à la plénière lors de la session d'ouverture.

Le point culminant de la rencontre a été la rédaction de la Déclaration de Bamako, qui exprime l'engagement des acteurs clefs à accélérer d'ici à 2010 les activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le document fait de la réduction de la mortalité maternelle une question touchant aux droits de la personne humaine et met l'accent sur l'importance des politiques et réformes en matière de santé, ainsi que sur la nécessité d'un fort engagement politique. Le Gouvernement malien a présenté ultérieurement la Déclaration à la Conférence panafricaine du Caire.

Au **Kenya**, l'UNFPA a collaboré avec le Ministère de la santé à l'élaboration de directives et protocoles dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence. Ces documents comportent des dispositions permettant à du personnel non médical, lorsqu'un médecin n'est pas disponible, de pratiquer l'anesthésie et des césariennes. Cela a contribué à résoudre les problèmes de dotation en effectifs qui entravaient la fourniture de soins obstétricaux d'urgence. Le projet a été mis au point à partir des résultats d'une évaluation des besoins réalisée en 2000 avec le concours de l'UNFPA. Le **Zimbabwe**, de son côté, a réalisé une évaluation de la qualité des services de soins obstétricaux d'urgence.

Le **Libéria** a mis au point une politique nationale de maternité sans risque à partir des résultats d'une évaluation des besoins réalisée en 2000. À présent, les données sont collectées tous les mois et un suivi périodique des services a été mis en place. Le **Niger**, lui aussi, a réalisé avec succès l'intégration de la réduction de la mortalité maternelle dans son plan national de santé. En 2001, il a réalisé une évaluation de sa stratégie dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence.

En **Sierra Leone**, on a entrepris un suivi périodique sur la base d'audits de la mortalité maternelle. La Division de la santé génésique du Ministère de la santé et les équipes de gestion de la santé des hôpitaux de district assurent une supervision d'appui afin

d'évaluer la qualité des soins dans les hôpitaux et les services de soins de santé primaires dans les districts, sans égard au fait que des projets y soient réalisés ou non. Le pays a également entrepris un programme visant à réduire la prévalence de la fistule obstétricale grâce à un de ses hôpitaux qui pratique des interventions chirurgicales.

Le **Nigéria** a consacré beaucoup d'énergie et affecté un financement important aux soins obstétricaux d'urgence. Le matériel destiné aux soins obstétricaux d'urgence de base a été distribué à 504 établissements de soins de santé primaires, et 50 établissements ont été modernisés dans 12 États. Des trousseaux prêts à l'emploi pour pratiquer des césariennes ont été distribués. On s'est également employé à mettre au point une politique de remboursement postopératoire afin de permettre aux femmes pauvres de se faire opérer. Le Ministère de la santé a engagé des anesthésiologistes supplémentaires et assuré le financement des heures supplémentaires des médecins et du personnel infirmier, ce qui a permis d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dispensés vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Dans certains cas, on a prévu l'hébergement sur place des médecins pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Le **Mozambique** s'est employé à améliorer le système d'aiguillage à partir des établissements de soins ruraux vers un niveau supérieur de soins en distribuant des postes de radio et en mettant au point un protocole clair concernant l'utilisation des services d'ambulance.

Mobilisation communautaire

Le **Botswana** a axé l'essentiel de ses programmes de réduction de la mortalité maternelle sur la prévention du VIH, en mettant l'accent sur la mobilisation de la communauté.

La **Sierra Leone** a formé des volontaires « *Blue Flag* » et des travailleurs sanitaires à assurer une éducation à la maternité sans risque et à la contraception dans six camps de personnes déplacées et dans d'autres communautés en détresse.

À **Sao Tomé-et-Principe**, l'UNFPA s'efforce d'améliorer la couverture des soins obstétricaux d'urgence de façon que chaque district ait au moins un centre de soins obstétricaux d'urgence. À l'heure actuelle, un seul hôpital dans le pays propose des soins obstétricaux d'urgence complets.

Division de l'Amérique latine et des Caraïbes

En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'élaboration des programmes de l'UNFPA a été exceptionnellement bien coordonnée sur le plan régional. Plusieurs conférences internationales ont été organisées pour mettre au point une stratégie à l'échelle de la région, et les différents pays se sont employés à promouvoir la réduction de la mortalité maternelle par le biais d'un large éventail de programmes.

UN PROJET EN POINT DE MIRE :

NICARAGUA - AMDD (PRÉVENIR LES DÉCÈS ET INFIRMITÉS MATERNELS)/UNFPA

Au Nicaragua, une évaluation des besoins a porté sur 138 établissements de soins publics ou privés qui proposent des soins obstétricaux d'urgence. Des méthodes qualitatives et des méthodes quantitatives ont été employées pour recenser les besoins les plus importants en matière de traitement des complications obstétricales.

Une équipe de médecins et d'infirmiers, en collaboration avec le personnel sanitaire des districts, a mené une enquête dans 13 hôpitaux, 83 centres de santé, 20 dispensaires privés et 12 dispensaires gérés par des ONG. Les membres de l'équipe ont eu des entretiens avec les directeurs et le personnel des services de santé qui offrent des soins obstétricaux d'urgence, évalué les données fournies par les hôpitaux et les districts et réalisé des observations sur place. Des outils spécifiques ont été mis au point en vue de l'évaluation et de l'appréciation, notamment à l'effet d'examiner l'« itinéraire de soins » d'une patiente se trouvant dans une situation d'urgence obstétricale et les circonstances dans lesquelles elle était décédée (fréquence des contrôles médicaux, manque de médicaments, nombre insuffisant d'analyses en laboratoire, laps de temps écoulé entre la prescription médicale et le traitement médical, etc.).

L'étude a recensé les régions présentant les taux les plus élevés de décès maternels, à savoir Jinotega et Managua. Pour l'ensemble du pays, près de la moitié (43,8 %) des décès surviennent les weekends, ce qui impose de revoir la répartition et la disponibilité du personnel médical. La plupart de ces décès maternels étaient imputables à des hémorragies, qui étaient probablement à mettre en relation avec le fait qu'une grande partie du personnel médical n'a pas été formé à retirer manuellement le placenta. On a également noté que les laboratoires manquent de ce qui serait nécessaire pour analyser et gérer le sang provenant de dons.

Dans de nombreux cas, la qualité des soins et des services restaient en deçà des normes nationales. Le manque de médicaments, notamment des antibiotiques et de médicaments contre l'hypertension, entravait le traitement des complications obstétricales. Moins de la moitié du personnel disponible pour le traitement des urgences avait reçu une véritable formation aux soins obstétricaux d'urgence. Les insuffisances des télécommunications (téléphone et radio) et du parc d'ambulances faisaient obstacle à un bon aiguillage des patientes et à leur transport en cas d'urgence obstétricale.

Malgré tout cela, il est apparu que la communauté et les agents sanitaires des communautés portaient un regard généralement positif sur les services de santé. La plupart des femmes connaissaient bien les symptômes de risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais beaucoup ne se faisaient pas soigner en raison du manque de transport, des distances à effectuer, du manque d'argent, de l'opposition du mari ou du compagnon, et de la nécessité de s'occuper des autres enfants.

C'est à partir de toutes ces informations qu'a été mis au point un projet ciblé et prenant toutes les données en considération. Dans une première étape, le programme devra renforcer les hôpitaux et centres de santé dans les régions présentant un taux élevé de mortalité maternelle. Par la suite, on apportera un appui à des centres de santé moins importants afin de leur permettre de fournir des soins obstétricaux d'urgence.

Formation

Au **Pérou**, la formation aux soins obstétricaux d'urgence a été abordée dans le cadre d'un projet plus large mis en oeuvre par le Ministère de la santé, intitulé « Qualité des soins de santé génésique et d'hygiène sexuelle ».

En **Équateur**, une formation aux soins obstétricaux d'urgence a été organisée dans le cadre de programmes axés sur les soins obstétricaux essentiels qui visent expressément à améliorer l'accès aux soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La formation a été organisée en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l'OMS. **El Salvador**, la **Bolivie** et le **Brésil** ont également inscrit la formation du personnel de santé dans leurs programmes, l'accent étant mis sur les médecins et les sages-femmes.

Développement de l'infrastructure

L'UNFPA a collaboré avec *Family Care International* (FCI) pour appeler l'attention des concepteurs de programmes, des décideurs et des médias au **Brésil**, en **Bolivie**, en **Colombie**, en **Équateur**, au **Paraguay** et au **Pérou** sur les soins obstétricaux d'urgence et la maternité sans risque. Le projet, intitulé *Maternité sans risque dès le début de l'adolescence : assurer l'accès à l'information et aux ressources en Amérique latine*, a commencé par améliorer l'accès à la documentation et à l'assistance technique afin de faire comprendre et appliquer le message de la maternité sans risque aux niveaux national et local. Cette documentation est considérée comme une ressource clef pour la maternité sans risque. Elle comprend une brochure générale sur la maternité sans risque, des fiches portant sur les politiques, techniques et générales, ainsi qu'une pochette de présentation. Cette pochette a été adaptée à chacun des pays visés et présente des statistiques, les politiques et les programmes nationaux de maternité sans risque, ainsi que des recommandations en vue d'une action aux niveaux du district et du pays.

La documentation présentée dans la pochette principale doit servir à des publics divers et inciter les partenaires locaux à créer des ressources locales

spécifiques pour l'élaboration de politiques et de programmes nationaux.

Le projet a aidé l'Équipe nationale créée en vue de la réduction de la mortalité maternelle à travailler ensemble, la main dans la main, afin d'élaborer un plan de réduction de la mortalité maternelle. Les partenaires du Groupe national interinstitutions pour la maternité sans risque ont joué un rôle essentiel à cet égard. Une communication suivie a encouragé les pays à partager les informations concernant leurs stratégies nationales de plaidoyer, surtout lorsque le Ministère de la santé était fortement engagé.

Haiti a débloqué des crédits budgétaires pour promouvoir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Il y a aujourd'hui 15 établissements de soins qui offrent des soins obstétricaux d'urgence.

Politiques et activités de plaidoyer

L'UNFPA a été à l'origine de la création de l'Équipe interinstitutions pour la réduction de la mortalité maternelle en Amérique latine, grâce à une collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé, l'UNICEF, la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale et USAID. L'Équipe travaille à mieux faire connaître aux décideurs et gestionnaires les stratégies permettant de réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

L'Équipe travaille à trois niveaux : le niveau régional (depuis Washington), le niveau sous-régional (Amérique latine et les Caraïbes) et le niveau local (le niveau de pays). Les soins obstétricaux d'urgence constituent l'un des cinq domaines thématiques de l'Équipe. Les autres domaines sont les politiques, la législation, le financement, l'égalité des sexes et l'assistance qualifiée à la naissance.

En 2000-2001, des réunions sous-régionales ont été organisées au **Nicaragua** et en **Bolivie** pour former les décideurs et gestionnaires et coordonner les efforts déployés dans la région. Il en est résulté une déclaration interinstitutions de stratégie intitulée *Stratégie de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes en vue de la réduction de la mortalité maternelle pour les années 2002-2010*.

UN PROJET EN POINT DE MIRE : PANAMA

RENFORCER LA FAMILLE ET AMÉLIORER LA SANTÉ GÉNÉSIQUE DE LA POPULATION NGOBE

Le **Panama** a beau être un des pays d'Amérique centrale dont le taux de mortalité maternelle est parmi les plus faibles, il y subsiste néanmoins des régions où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est des plus réduits. Ce projet pilote de santé génésique est réalisé auprès de 35 communautés autochtones de la région de Comarca Ngobe Buglé en vue d'y renforcer le système de soins de santé primaires et d'augmenter l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Le système de santé dispose de ressources humaines et financières des plus faibles et manque d'établissements de soins adéquats. Il n'y a pas d'hôpitaux dans la région sanitaire ngobe, ce qui rend l'accès aux soins obstétricaux d'urgence extrêmement malaisé. L'hôpital le plus proche se trouve dans une autre région sanitaire, loin de la plupart des communautés ngobe. L'UNFPA a aidé cet hôpital à dispenser des soins obstétricaux d'urgence aux femmes ngobe. Idéalement, un hôpital pouvant offrir des soins obstétricaux d'urgence devrait être construit dans la région de Comarca.

Les postes sanitaires existants ont été renforcés par la distribution de matériel de base, qu'il s'agisse de matériel médical ou de matériel de bureau. Le choix s'est porté sur le centre de santé le mieux doté en personnel et en matériel, le centre de Hato Chamí, pour en faire un centre d'aiguillage des futures mères. L'UNFPA collabore avec *Medicus Mundi* (Espagne) et le Ministère de la santé à mettre en oeuvre ce projet pour la région ngobe.

Tout au long de 2001, l'équipe du projet a travaillé avec le responsable régional de la santé et avec ASMUNG, l'association des femmes ngobe, à dispenser une formation à la santé génésique à l'effectif sanitaire limité de la région (assistants sanitaires, promoteurs sanitaires et quelques infirmiers). En collaboration avec l'équipe d'appui de pays de l'UNFPA, le projet a mené à bien d'importantes activités de formation liées aux soins obstétricaux d'urgence, conformes aux normes obstétricales applicables à la région, et inculqué au personnel sanitaire les principes régissant les programmes de maternité sans risque, la capacité de déceler rapidement les cas d'urgence et de bien aiguiller les patientes.

Trente-deux sages-femmes de la communauté ont été choisies pour recevoir une formation en 2002. Elles travailleront en coopération étroite avec les services de supervision et d'aiguillage du système de santé de la région de Comarca.

La région de Comarca manque toujours de transport en direction et en provenance de l'hôpital et de communication radio, mais le Ministère de la santé a promis d'installer un système de communication radio.

Parallèlement à la formation du personnel sanitaire, 49 « multiplicateurs » communautaires (17 hommes et 32 femmes) ont été formés à la santé génésique et à l'hygiène sexuelle. Ils sont chargés essentiellement de fournir aux familles des 32 communautés une éducation informelle à la santé génésique, à l'égalité des sexes et à la prévention de la violence familiale. Ces multiplicateurs ont été choisis sur la base du respect dont ils jouissent dans leurs communautés et de leur capacité d'être des chefs de file.

Cette déclaration constitue un outil technique et un instrument de plaidoyer, à partir d'approches communes de la réduction de la mortalité maternelle. Des pays qui ont des ratios élevés de mortalité maternelle l'ont approuvée, mais il a fallu un grand travail de négociation pour aboutir à un consensus à l'échelle de l'ensemble de la région.

Un projet d'une durée de 12 mois a été réalisé au

Mexique, en Bolivie, en Colombie et en Équateur, avec la collaboration du projet de maternité sans risque de *Family Care International*. En **Colombie**, *Profamilia*, une ONG locale, a organisé un atelier intitulé « Améliorer la qualité des soins » pour recenser les déficiences en matière de fourniture de services et de suivi des patientes et mettre au point des stratégies d'action. En **Équateur**, les ateliers ont

permis de lancer un processus de réexamen des programmes à la faculté d'obstétrique de l'Université centrale de l'Équateur.

L'UNFPA a prôné l'inclusion des soins obstétricaux d'urgence dans les stratégies et politiques nationales de maternité sans risque en **République dominicaine** et au **Pérou**. Il s'agissait d'améliorer les activités de suivi, ainsi que l'accès vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux soins obstétricaux d'urgence. Ceci a été rendu possible grâce à une modernisation des établissements, une meilleure dotation en matériel et en fournitures, et la formation du personnel.

Dans le cadre d'un projet conjoint UNFPA/AMDD, le **Nicaragua** a déployé de nombreuses activités de plaidoyer. Il a réalisé une évaluation des besoins de 128 établissements de soins de santé afin de

déterminer la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence. Il a réalisé ensuite une évaluation qualitative afin de déterminer les obstacles aux soins. Un plan d'action et un descriptif de projet ont été élaborés et devraient être ratifiés par le Ministère de la santé. Les conclusions de ces évaluations des besoins, ainsi que des évaluations réalisées dans d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes, seront publiées dans le *International Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Mobilisation communautaire

L'**Équateur** a mis l'accent sur les activités communautaires réalisées dans le domaine de l'approche fondée sur les droits. Ces activités ont contribué à sensibiliser les femmes à leur droit à des soins de santé de qualité et, en particulier, à des soins obstétricaux.

Division de l'Asie et du Pacifique

À l'image de sa diversité, la région a déployé un vaste éventail d'activités dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle. Ces projets portent sur la promotion des soins de base aux mères, des programmes avancés de suivi et d'évaluation et l'amélioration de la collecte de sang.

Formation

Le **Pakistan** et l'**Afghanistan** ont consacré de grands efforts à la formation de sages-femmes afin d'améliorer l'accès à une assistance qualifiée à la naissance. Dans ces deux pays, l'UNFPA a travaillé sur les questions de la maternité sans risque et des soins obstétricaux d'urgence.

L'**Indonésie** a intégré la formation du personnel soignant, des sages-femmes et des médecins dans la formation du personnel sanitaire à la santé génésique de base, sur la base des résultats d'une évaluation des besoins. La **République démocratique populaire lao** a, elle aussi, intégré les soins obstétricaux d'urgence dans les programmes de formation du personnel sanitaire à la santé génésique de base.

En guise de suivi des directives nationales pour le traitement des urgences obstétricales, l'UNFPA a parrainé en **Chine** la formation des obstétriciens, du personnel infirmier et des fournisseurs d'autres services au niveau national, dans les circonscriptions et dans les agglomérations. En **Thaïlande**, les gestionnaires de programme ont mis au point un « Manuel provincial énonçant les normes de soins » destiné aux agents sanitaires, et ils l'ont présenté lors d'un atelier consacré à la formation.

Au **Cambodge**, l'UNFPA a parrainé à Phnom Penh un cours de formation de quatre mois pour sages-femmes venant de trois provinces différentes. Au **Népal**, des sages-femmes ont suivi des cours de base et des cours de perfectionnement sur les situations d'urgence obstétricales et reçu des trousseaux d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène destinées à les aider dans leur travail. En **Thaïlande**, les

travailleurs sanitaires ont reçu des moniteurs pour observer les foetus, des trousseaux de soins ombilicaux et des trousseaux pour suivre le développement de l'enfant.

En **Inde**, une formation aux soins obstétricaux d'urgence de base a été dispensée au personnel médical et infirmier dans sept districts bénéficiant d'un soutien de l'UNFPA et dans trois districts bénéficiant d'un soutien de l'UNICEF au Rajasthan. Au total, 31 équipes de médecins et d'infirmiers ont reçu une formation. On a organisé ensuite un atelier d'évaluation qui devrait permettre d'améliorer l'efficacité des futurs ateliers. Les responsables ont reçu une formation destinée à améliorer la qualité de la collecte de données, suivie d'un atelier pilote pour les aider à mettre en place et à utiliser un système de gestion améliorée de l'information. On a réalisé également une évaluation des besoins en vue de la mise au point d'une stratégie et de modules de formation aux soins obstétricaux d'urgence de base à l'intention du personnel médical et du personnel infirmier.

Développement de l'infrastructure

L'UNFPA participe de différentes façons à la mise en place de l'infrastructure des soins obstétricaux d'urgence. Dans le **Pacifique Sud**, ce soutien prend la forme de l'approvisionnement en matériel et en fournitures. L'UNFPA/**Cambodge** a fourni du matériel à des maternités, ainsi que deux ambulances et 20 radios pour améliorer leur système d'aiguillage. L'UNFPA/**Indonésie** a affecté un montant de 703 500 dollars pour faciliter la fourniture de sang répondant aux normes de sécurité en vue d'urgences obstétricales.

La collecte de données a constitué un volet important du développement de l'infrastructure destinée aux programmes de pays en matière de soins obstétricaux d'urgence. L'**Indonésie** a mené à bien une collecte de données devant permettre un suivi efficace des progrès réalisés, et la détermination des zones dans lesquelles les interventions sont le plus nécessaires. Les données concernant les indicateurs des soins obstétricaux d'urgence ont été collectées en intégrant des questions concernant les soins obstétricaux d'urgence dans l'enquête de base portant sur la santé génésique de base.

En **Inde**, l'État du Rajasthan a réalisé des évaluations des besoins dans le cadre du programme

AMDD. On a levé des cartes afin de recenser les établissements qui fournissaient des services de soins obstétricaux d'urgence de base ou complets, et on a réalisé une étude de ces établissements. Sur la base des résultats ainsi obtenus, on a mis au point un plan d'amélioration de l'infrastructure et rénové ou remis en état 63 établissements pour offrir aux patientes et au personnel davantage de confort et mieux assurer l'asepsie.

Politiques et activités de plaidoyer

Au **Népal**, on a fourni un appui au Comité de coordination de la santé génésique afin de garantir une cohérence des politiques et de la pratique.

UN PROJET EN POINT DE MIRE : COMMENT FAIRE DE LA MATERNITÉ SANS RISQUES UNE RÉALITÉ COLLABORATION AVEC LE PROGRAMME AMDD (PRÉVENIR LES DÉCÈS ET INFIRMITÉS MATERNELS) DANS L'ÉTAT INDIEN DU RAJASTHAN

Au Rajasthan, l'UNFPA a travaillé dans le cadre du projet *Integrated Population and Development* à améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans sept districts, ainsi que la qualité de ces soins. Cette action a été amorcée par une évaluation des besoins et un relevé des services existants.

On a retenu, aux fins d'amélioration, 79 établissements de soins. Une équipe mobile de menuisiers, plombiers, électriciens et peintres a travaillé à remettre en état et à rénover les établissements.

Dans le cadre de la formation aux soins obstétricaux d'urgence de base, on a envoyé 31 équipes composées d'un médecin et d'un infirmier à l'hôpital de district pour deux semaines. Les stagiaires ont participé à l'administration de soins obstétricaux justifiés par des complications. Ils ont confié après coup que cette formation leur avait donné confiance en eux-mêmes pour administrer des soins obstétricaux d'urgence de base dans leurs propres établissements de soins et avait amélioré le moral du personnel, ce qui avait entraîné une meilleure gestion des cas d'urgence.

Les initiatives de renforcement des moyens d'action ont été axées sur des activités de plaidoyer et l'éducation de la communauté, y compris les membres élus de l'administration locale. Des ateliers ont permis de dispenser une information aux fonctionnaires, aux hommes politiques, aux médecins en chef et aux agents sanitaires concernant les services disponibles et les complications liées à la grossesse qui exigent sans retard des soins médicaux.

Dans chaque district, on a créé un groupe composé de 30 à 45 spécialistes appartenant à la communauté. Les responsables de la communauté ont décidé de tenir à jour une liste de toutes les femmes enceintes et de faire connaître à leurs maris et aux membres de leurs familles les symptômes de situations dangereuses. Les responsables de la communauté s'emploieront également à organiser le transport vers les hôpitaux et à sensibiliser les établissements de soins les plus proches à la nécessité d'un aiguillage efficace. Les chefs de village ont reçu des fiches d'information concernant les symptômes de risque en cas de grossesse et après l'accouchement et au sujet de l'établissement de soins obstétricaux d'urgence le plus proche. À l'issue de la formation, un chef de quartier a remis des distinctions aux personnes qui avaient transporté des femmes qui avaient besoin de soins obstétricaux d'urgence ou avaient accepté de donner du sang.

Le **Cambodge** a intégré les soins obstétricaux d'urgence dans ses directives et son protocole pour une maternité sans risque, sous la forme d'un guide en format de livre de poche destiné aux médecins et centres de santé.

Dans le **Pacifique Sud**, les bureaux de pays de l'UNFPA et l'Équipe des services techniques de pays prônent un renforcement du rôle des sages-femmes. Celles-ci devraient être autorisées à accomplir les procédures relevant des soins obstétricaux d'urgence de base. L'Équipe des services techniques de pays a participé directement à l'action visant à intégrer dans les programmes pour sages-femmes l'enseignement de méthodes permettant de sauver la vie.

En **Chine**, l'UNFPA a collaboré avec le Ministère de la santé à la mise au point de directives à l'intention des obstétriciens et autres prestataires de services appelés à traiter des urgences obstétricales.

En 2001, le Gouvernement du **Myanmar** a élaboré une politique nationale de santé génésique pour montrer à quel point il était attaché à réduire la mortalité maternelle. L'accent y est mis sur l'assistance qualifiée à la naissance, la diminution du nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et l'intégration de la santé génésique dans l'ensemble des soins dispensés aux mères. Le document sera accompagné de directives techniques aux fins de la mise en oeuvre de la politique de santé génésique.

L'UNFPA a également participé aux activités de suivi périodique et d'évaluation au **Népal** et en **Indonésie**.

Mobilisation communautaire

L'**Indonésie** a mis au point plusieurs projets novateurs de mobilisation communautaire. Un de ces projets met l'accent sur la nécessité de remédier aux difficultés de transport que connaissent les femmes en cas de complications de la grossesse. L'UNFPA fournit des dons d'un montant limité pour aider les communautés à faire face aux situations d'urgence obstétricale dans les zones reculées. D'autres programmes sont intitulés « *Mother Friendly Movement* » et « *Suami Siaga* ».

Le transport continue de poser un problème dans le **Pacifique Sud** également. Il n'est pas rare que des embarcations de l'UNFPA soient utilisés pour transporter des femmes en cas d'urgence obstétricale vers un niveau de soins supérieur. Ce service étant limité, le Fonds s'emploie également à faire connaître aux membres de la communauté les autres services disponibles et encourage les projets de transport parrainés par la communauté.

Au **Cambodge**, il existe un système des plus intéressants, constitué de comités qui se chargent dans six provinces d'assurer une information en retour aux centres de santé. Ils comprennent des représentants des villages et se réunissent chaque mois pour donner une information en retour aux centres de santé locaux. L'UNFPA a mis ces réunions à profit pour fournir aux membres de la communauté une éducation dans le domaine de la maternité sans risque. Il a également tiré parti des comités de développement villageois pour présenter des informations sur la maternité sans risques à plus de 26 000 femmes dans 852 villages. Dans le cadre du projet, une formation a été dispensée à des formateurs qui devront former des éducateurs communautaires dans le domaine de la maternité sans risques. Une telle formation a été donnée à 240 personnes dans six provinces du pays.

Division des États arabes et de l'Europe

La Division des États arabes et de l'Europe a participé à de nombreux projets visant à améliorer la santé génésique générale de la communauté. Le Projet panarabe en faveur de la santé familiale a fourni aux ministères de la santé, aux organisations d'action sociale pour la santé de la mère et de l'enfant et aux centres de recherche et d'élaboration des politiques dans la région des informations fiables pour les aider à formuler, appliquer, suivre et évaluer des politiques et programmes de santé génésique d'un bon rapport coût-efficacité. Des banques de données nationales et régionales pour la santé génésique ont été créées, et des séminaires et ateliers organisés afin d'améliorer la capacité de planifier, coordonner et gérer des enquêtes intégrées portant sur la santé génésique. On a également élaboré des manuels et des matériels d'orientation à l'intention des décideurs et des gestionnaires de programme.

Les changements récents survenus à la tête des pays d'Asie centrale ont entraîné une détérioration inquiétante de la santé génésique dans les pays de l'ex-Union soviétique. L'accès à une nutrition équilibrée et aux soins périnataux a diminué, tandis qu'augmentaient le nombre des complications liées à la grossesse, la mortinatalité et les cas d'insuffisance pondérale des nourrissons. L'UNFPA s'emploie, par le biais des bureaux de pays, à répondre à ces préoccupations.

Formation

Les services de l'UNFPA en **Turquie** doivent lancer en 2002 des initiatives visant à améliorer la formation aux soins obstétricaux d'urgence dispensés dans le cadre des programmes de santé de base à l'intention des médecins et des sages-femmes. La **Tunisie** et la **République de Moldova** examinent dès à présent les soins obstétricaux d'urgence dans le cadre de la formation des médecins de famille, du personnel infirmier, des assistants médicaux, des obstétriciens/gynécologues, des enseignants et des psychologues à la santé génésique et à l'hygiène sexuelle. La **Fédération de Russie** a organisé une formation à la santé génésique des médecins dans le Caucase du Nord, notamment en ce qui concerne le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles. La **Syrie** a axé ses activités de formation sur les techniques de pointe à l'intention des obstétriciens/gynécologues et sur la formation des sages-femmes et des visiteurs de santé aux services de santé génésique. La **Roumanie** a fourni une formation

à la santé génésique et à l'hygiène sexuelle aux prestataires de soins, mais les soins obstétricaux d'urgence n'ont été abordés que sommairement.

Développement de l'infrastructure

En **Arménie**, les services de l'UNFPA ont fourni du matériel médical pour les soins obstétricaux d'urgence, ainsi qu'une voiture pour aider à transporter des patientes vers les hôpitaux centraux et les hôpitaux de district. L'UNFPA a formé et financé une équipe de secours d'urgence pour l'utilisation du véhicule. La **Fédération de Russie** a fourni les médicaments nécessaires aux soins obstétricaux d'urgence et s'est employée à faciliter la fourniture de médicaments aux zones connaissant des situations d'urgence.

Politiques et activités de plaidoyer

Le Projet panarabe de santé a encouragé dans plusieurs pays arabes le développement social et éducationnel des femmes arabes et collaboré avec des dirigeants musulmans à promouvoir la planification familiale et la santé maternelle dans le respect des traditions culturelles. Cela a comporté souvent des projets visant à promouvoir l'éducation des petites filles et à retarder l'âge du mariage.

Mobilisation communautaire

L'UNFPA/**Arménie** a mis au point un projet de mobilisation communautaire qui met l'accent sur la planification préalable à l'accouchement et le

transport, et encourage la communauté à exiger d'avoir accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Au **Maroc**, en **Tunisie**, au **Soudan**, en **Cisjordanie** et à **Gaza**, en **Jordanie**, à **Bahreïn** et dans les **Émirats arabes unis**, un projet d'éducation communautaire a été exécuté afin de former les éclaireurs et les éclaireuses à tout ce qui concerne la santé génésique, notamment la planification familiale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation constituaient des éléments clefs du programme. Les agents sanitaires de 10 maternités, y compris des directeurs et chefs de dispensaire, ont été formés à l'utilisation des indicateurs de processus des soins obstétricaux d'urgence, ainsi que la méthode d'audit fondée sur des critères en vue d'évaluer les décès maternels et les complications obstétricales.

Des ateliers de formation ont mis l'accent sur les qualités d'efficacité et de précision dans l'exécution des audits et sur les méthodes de détection des complications maternelles. On a mis au point des protocoles opérationnels de recherche afin d'évaluer les soins obstétricaux d'urgence, notamment des instruments permettant de

suivre de près l'administration d'ocytotoxiques, la gestion des ruptures utérines et autres complications. Le protocole de recherche a permis de rassembler des renseignements concernant le comportement des prestataires de soins et les attentes des patientes en matière d'urgences obstétricales. Des conférences ont été organisées, puis on a élaboré un manuel portant sur la réalisation d'audits des décès maternels et d'audits des décès évités de justesse. Ce manuel sera utilisé dans toutes les régions où des projets sont exécutés et des visites de soutien sur place seront réalisées dans les régions qui éprouvent des difficultés ou qui n'effectuent pas des analyses de données. Les ateliers se sont avérés être un excellent forum d'échange d'idées et d'informations entre les régions

L'installation d'ordinateurs, de logiciels de suivi et d'imprimantes dans 16 maternités a permis non seulement de former le personnel à l'utilisation d'indicateurs de processus, mais également de faciliter les tâches de suivi. Si tout se passe bien, cela devrait déboucher sur la mise en place d'un système intégré de gestion de l'information à l'échelon du pays pour les décès maternels et néonataux et d'un centre national pour l'analyse des données.

UN PROJET EN POINT DE MIRE :

FAIRE DE LA MATERNITÉ SANS RISQUE UNE RÉALITÉ AU MAROC

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la collaboration entre l'UNFPA et le programme AMDD de l'Université Columbia. Il couvre 13 provinces où vivent 5,5 millions d'habitants, ce qui représente environ 20 % de la population marocaine. Le projet met l'accent sur les aspects suivants :

- Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence complets dans 10 maternités de référence
- Améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence de base dans 102 foyers de maternité
- Mettre en place des soins obstétricaux d'urgence complets dans cinq hôpitaux ruraux

On a commencé par augmenter le nombre de praticiens capables d'administrer des soins obstétricaux d'urgence. À cet effet, il a fallu réviser et mettre à jour les manuels de formation, réaliser un consensus sur le traitement des urgences obstétricales et former 150 obstétriciens/gynécologues, praticiens généraux et sages-femmes. Certains d'entre eux ont été formés à la technique de l'échographie. En outre, 18 techniciens ont été formés à la collecte de sang et à la technique des transfusions sanguines.

Grâce à tous ces efforts, six nouveaux centres de soins obstétricaux d'urgence complets fonctionnent aujourd'hui. Dans trois cas, la communauté a contribué à l'amélioration des établissements en participant au financement et à l'ameublement. Les autres fonds ont été fournis par des projets de réforme du secteur de la santé financés par la Banque mondiale.

Groupe des interventions humanitaires

Angola, Burundi, Érythrée, Guinée, Indonésie, Pérou, République démocratique du Congo, République populaire démocratique de Corée, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tadjikistan et Territoire palestinien occupé : autant de pays qui ont employé les fonds provenant du Groupe des interventions humanitaires pour des projets de réduction de la mortalité maternelle.

Évaluations des besoins

Au **Burundi**, l'UNFPA a réalisé dans trois provinces une évaluation des besoins dans le domaine de la santé génésique. En **Somalie**, des fonds destinés à des projets ont été employés pour collecter et analyser des données concernant la disparité entre les sexes et la santé génésique. L'UNFPA/**Pérou** a appuyé une évaluation des besoins de santé génésique axée sur les soins obstétricaux et les besoins immédiats de santé qui se posaient aux femmes enceintes après le tremblement de terre. En **Guinée**, une enquête approfondie sur les besoins de santé génésique des populations déplacées a été entreprise et les résultats ont été diffusés largement pour sensibiliser les autorités nationales et les organismes de développement au sort des personnes déplacées.

Formation

L'UNFPA a aidé à la formation des prestataires des soins de santé à la santé génésique et aux soins obstétricaux essentiels en **Angola**. En **Somalie**, l'UNFPA a appuyé une session de formation sur la collecte, la compilation et l'analyse des données concernant la santé génésique et l'égalité entre les sexes. Au **Tadjikistan**, le personnel médical dans un certain nombre d'établissements de soins de santé primaires a été formé à la santé génésique et aux contraceptifs. En **Érythrée**, on a mis au point un programme de formation à la santé génésique à l'intention de 50 médecins et techniciens médicaux. On a conçu un programme distinct à l'intention des animateurs. En **Indonésie**, des conseillers implantés dans la communauté ont été formés pour conseiller les femmes déplacées. En **Angola**, on a mis au point en coopération avec le Ministère de la santé un manuel et un pro-

gramme de formation portant sur la maternité sans risque, la planification familiale, les conseils concernant les MST/le sida, et l'éducation sanitaire, ainsi que la santé génésique et l'hygiène sexuelle des adolescents.

Développement de l'infrastructure

Dans le **Territoire palestinien occupé**, le Groupe des interventions humanitaires a financé le développement d'un système logistique destiné au Ministère de la santé. Des plans sont en cours d'élaboration pour réaliser des activités analogues en **Sierra Leone**. Au **Soudan**, on a recruté un administrateur de projet chargé de concevoir les modalités d'exécution, de recruter du personnel et d'établir la liaison avec les partenaires, ainsi que d'exécuter les activités planifiées. Avec le soutien de l'UNFPA, un système d'aiguillage en matière de santé génésique a été conçu et mis en place par une ONG locale qui travaille avec les jeunes.

Politiques et activités de plaidoyer

La plupart des pays bénéficiant du soutien du Groupe des interventions humanitaires ont réalisé des activités de plaidoyer afin de mieux faire comprendre les questions concernant les soins obstétricaux d'urgence et la santé génésique, mais les activités les mieux intégrées à cet égard ont eu lieu en **Angola**. Dans ce pays, elles ont revêtu la forme d'activités très diverses visant à encourager une attitude positive et responsable à l'égard de la santé génésique et à améliorer l'accès aux services de santé. Plus de 40 journalistes ont reçu une formation pour leur permettre de diffuser dans la population le message de la santé génésique. Dans le cadre de cet ensemble d'activités, des informations et des conseils

FORFAIT « PREMIERS SERVICES MINIMUMS »

OBJECTIFS

RECENSER les organisations et personnes susceptibles de faciliter la coordination et la mise en oeuvre du forfait « Premiers services minimums »;

PRÉVENIR et gérer les conséquences de la violence sexuelle;

RÉDUIRE le risque de transmission du VIH en faisant appliquer les règles universelles de précaution contre le VIH et le sida et en garantissant l'accès à des préservatifs gratuits;

PRÉVENIR une morbidité et mortalité maternelles et néonatales excessives par les mesures ci-après : fourniture aux futures mères et aux accoucheuses de trousse d'accouchement pour encourager des accouchements à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène; fourniture aux sages-femmes de trousse d'accouchement pour faciliter des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité dans les établissements de soins de santé; et mettre sur pied un système d'aiguillage pour gérer les urgences obstétricales;

PLANIFIER la fourniture de services complets de santé génésique qui soient intégrés, pour autant que la situation le permet, dans les soins de santé primaires.

touchant la santé génésique ont été diffusés par la radio en portugais et dans les langues vernaculaires. Pour favoriser l'écoute, on a distribué un grand nombre de radios à manivelle munies de panneaux solaires. En Érythrée, des fonds ont été utilisés pour aider le Ministère de la santé à réaliser des communications portant sur la modification des comportements, ainsi que des matériels de plaidoyer et de formation.

Achats (articles de santé génésique et matériel médical)

Presque tous les pays bénéficiant de l'assistance de ce projet connaissent une situation d'urgence. Un pourcentage important des fonds a été utilisé pour acheter et distribuer des trousse pour la santé génésique de base, des médicaments et du matériel médical destinés aux services de soins obstétricaux et aux maternités. Une partie des fonds a été utilisée également pour concevoir ou acheter des trousse pour les services de conseils, remettre en état des hôpitaux et des services de santé ayant souffert de catastrophes naturelles ou de la guerre et pour acheter des meubles et fournitures de bureau pour les services de santé et les hôpitaux. Les pays suivants, notamment, ont utilisé les fonds de cette façon : **Angola, Burundi, Érythrée,**

Indonésie, Pérou, République démocratique du Congo, République populaire démocratique de Corée, Sierra Leone, Tadjikistan et Territoire palestinien occupé.

Parallèlement, l'UNFPA a élaboré un ensemble minimum de services initiaux pour les situations d'urgence. Ces trousse de santé contiennent des matériels concernant les précautions générales à prendre pour lutter contre l'infection, du matériel, des fournitures et des médicaments pour les accouchements dans des centres de santé, ainsi que pour la gestion des urgences obstétricales et des situations consécutives à un viol. L'UNFPA a fourni de telles trousse au **Libéria**, en **Ouganda** et dans de nombreux autres pays, le tout gratuitement. N'importe quel ministère de la santé peut les acquérir, de son côté, pour un coût modique.

Fonds et bénéficiaires

L'UNFPA a alloué 4 144 000 dollars au total pour appuyer les activités humanitaires susvisées. Certains bureaux extérieurs de l'UNFPA ont également alloué des ressources et collecté des fonds pour compléter les activités amorcées par l'UNFPA. Le Groupe des interventions humanitaires estime que près de 3 millions de personnes ont pu être touchées par ces activités.

Évaluation

Répondre rapidement à des situations d'urgence présentera toujours des difficultés de différents ordres : sécurité, effectifs insuffisants sur le terrain, manque d'expérience ou tiédeur des gouvernements hôtes en matière de coopération, retards dans l'acheminement et la fourniture d'articles de santé génésique et autres articles sanitaires imputables à un appui logistique insuffisant au sol.

Heureusement, tous les pays dans lesquels le Groupe des opérations humanitaires a mené des

activités ont signalé que les activités de plaidoyer avaient grandement bénéficié de l'assistance de l'UNFPA. Grâce aux efforts inlassables des bureaux de pays de l'UNFPA, la fourniture des services et la qualité de ceux-ci ont connu une nette amélioration. Grâce aux efforts de l'UNFPA, les partenaires locaux se sont davantage impliqués dans les questions liées à la santé génésique et ont mobilisé leurs propres ressources. Les utilisateurs cibles sont aujourd'hui mieux informés des services existants et ils ont à coeur de solliciter des services de santé génésique.



Soins obstétricaux d'urgence

LISTE RÉCAPITULATIVE POUR LES PLANIFICATEURS

Triple stratégie de l'UNFPA pour réduire la mortalité maternelle :

- Une planification familiale pour des grossesses désirées.
- Une assistance obstétricale de qualité pour toutes les femmes durant la grossesse et à l'accouchement.
- Des soins obstétricaux d'urgence pour traiter les complications à temps.

Cette liste récapitulative concerne en particulier les soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Pourquoi les soins obstétricaux d'urgence sont importants :

Chaque année, 514 000 femmes meurent des suites de la maternité. Pratiquement toutes ces vies pourraient être sauvées si des soins obstétricaux abordables et de qualité étaient disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, 7 jours sur 7.

Les hémorragies, la dystocie d'obstacle, les infections (septicémie), les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et l'éclampsie (hypertension liée à la grossesse) sont les principales causes de décès. Le paludisme, le VIH et l'anémie contribuent

aussi indirectement à la mortalité maternelle.

Pour chaque femme qui meurt des complications de la maternité, près de 30 autres souffriront de maladies chroniques ou invalidantes. La fistule obstétricale est une lésion grave qui a pour effet le rejet de la patiente par son groupe. Cette lésion pourrait pratiquement être évitée grâce aux soins obstétricaux d'urgence.

Environ 15 % des grossesses entraînent des complications. La plupart sont très difficiles à prévoir, que la femme soit considérée comme présentant de grands risques ou des risques faibles. Ces complications sont souvent inévitables mais elles peuvent être traitées.

Soins obstétricaux d'urgence de base et complets*

Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) sont :

- Administration d'antibiotiques par voie IV/IM
- Administration de produits ocytotiques par voie IV/IM
- Administration d'anticonvulsifs par voie IV/IM
- Extraction manuelle du placenta
- Accouchement par voie basse instrumental
- Évacuation manuelle des produits résiduels de l'utérus

* Pour qu'un établissement de soins satisfasse à ces normes, les six fonctions, voire les huit fonctions doivent être exécutées périodiquement et évaluées tous les trois à six mois.

Les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) sont :

Tous les services de soins obstétricaux d'urgence **de base plus** :

- La césarienne
- La transfusion sanguine

Il est recommandé pour **500 000** habitants **au moins quatre** établissements fournissant des soins obstétricaux d'urgence de base, (bien répartis géographiquement), et **au moins un** établissement fournissant les soins obstétricaux d'urgence complets.

Politiques	Oui/Non	Points d'action/Notes
Existe-t-il des politiques nationales sur la maternité sans risque en général et les soins obstétricaux d'urgence en particulier?		
Ces politiques tiennent-elles clairement compte des droits des patients?		
Qui est responsable du suivi et de l'évaluation à l'échelon national?		
Qui est responsable du suivi et de l'évaluation à l'échelon régional?		
Les soins obstétricaux d'urgence sont-ils inclus dans : <ul style="list-style-type: none"> Les définitions des normes et le débat officiel relatifs aux soins puerpéraux et à la santé génésique? 		
<ul style="list-style-type: none"> La trousse de soins de base/essentiels indispensables? 		
Les soins obstétricaux d'urgence sont-ils pris en compte dans les processus pluri-institutions comme : <ul style="list-style-type: none"> Les approches sectorielles? 		
<ul style="list-style-type: none"> Les documents de stratégie de réduction de la pauvreté et les structures pour les crédits d'assistance? 		
<ul style="list-style-type: none"> Les bilans communs de pays et Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement? 		
<ul style="list-style-type: none"> Les rapports sur les Objectifs du millénaire pour le développement? 		

Mobilisation des ressources et coordination des donateurs	Points d'action /Notes
Quelles activités relatives à la santé maternelle bénéficient d'un financement?	
Quelle est la part des ressources nationales allouée aux activités relatives aux soins obstétricaux d'urgence?	
Est-ce que des approches sectorielles ont été adoptées, ou sont en négociation, pour le secteur de la santé?	
Existe-t-il des sources de financement complémentaires, privées (ONG, organismes philanthropiques ou universités) ou publiques?	
Des subventions sont-elles prévues pour des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin?	
Existe-t-il des systèmes de recouvrement des coûts?	



Soins obstétricaux d'urgence

LISTE RÉCAPITULATIVE POUR LES PLANIFICATEURS

Couverture et qualité des soins obstétricaux d'urgence	Oui/Non	Points d'action/Notes
Une évaluation des besoins en services obstétricaux d'urgence a-t-elle été faite?		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans l'affirmative, par qui et quand? 		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Inclut-elle des indicateurs de fonctionnement? 		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Inclut-elle des données quantitatives et qualitatives? 		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Couvre-t-elle les services publics et privés? 		
Les établissements de soins obstétricaux d'urgence, de base et intégrés, sont-ils bien répartis géographiquement et en nombre suffisant (quatre établissements de soins de base et un établissement de soins complets pour 500 000 personnes)?		
Quand ces services ont-ils été recensés pour la dernière fois?		
Ces établissements sont-ils suffisamment équipés en personnel pour fournir des soins obstétricaux d'urgence?		

Fistule obstétricale	Points d'action/Notes
Quelle est la prévalence estimée de la fistule obstétricale?	
Quelle est l'importance de la liste d'attente pour le traitement de cette lésion?	
Quelles sont les mesures prises pour :	
<ul style="list-style-type: none"> ■ La prévention? 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le traitement? 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ La rééducation? 	
Si le traitement de la fistule obstétricale est disponible, combien d'interventions sont effectuées chaque année?	
Quel est le coût moyen du traitement?	

Ressources humaines	Oui/Non	Points d'action/Notes
Les ressources humaines nationales, régionales et de district ont-elles été récemment évaluées en matière de :		
Obstétriciens/gynécologues		
Anesthésistes/infirmières anesthésistes		
Chirurgiens/urologues		
Sages-femmes/infirmières		
Généralistes avec des connaissances en obstétrique		
Assistants sociaux		
Auxiliaires/agents sanitaires communautaires		
Existe-t-il un plan national pour la mise en valeur des ressources humaines du secteur de la santé?		
Existe-t-il un plan pour le déploiement de personnel de santé dans les zones mal desservies?		
La formation est-elle assurée par des personnes compétentes?		
Comment sont évaluées les compétences?		
Comment sont appliqués les protocoles et procédures cliniques?		

Les "trois retards" sont en grande partie responsables des décès maternels :

- Temps perdu avant de solliciter des soins
- Temps perdu avant d'atteindre les services compétents
- Temps perdu avant d'être traitée à l'établissement de soins



Soins obstétricaux d'urgence

LISTE RÉCAPITULATIVE POUR LES PLANIFICATEURS

Pour chaque établissement de soins obstétricaux d'urgence

Remise en état et entretien des établissements de santé	Oui/Non	Points d'action/Notes
Les locaux sont-ils bien aménagés et bien entretenus?		
Dans la négative, quelles sont les rénovations (peintures, aménagement pour diminuer la promiscuité, électricité, eau courante et assainissement, ventilation) à faire avant l'ouverture des services?		
Une inspection chambre par chambre est-elle effectuée régulièrement pour s'assurer de la disponibilité du matériel et des fournitures nécessaires aux soins obstétricaux d'urgence?		
Existe-t-il des mesures pour prévenir les infections?		
Existe-t-il un système de gestion pour assurer des services obstétricaux d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre?		
Existe-t-il une liste de matériel standard nécessaire aux soins maternels?		
Les équipements de l'établissement correspondent-ils à ces normes?		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les équipements sont-ils en état de fonctionnement? ▪ Que se passe-t-il en cas de panne? ▪ Comment s'effectuent les réparations? ▪ D'où proviennent les pièces de rechange? ▪ Les fournitures sont-elles correctement stockées? 		
Existe-t-il des systèmes de communication entre hôpitaux et ambulances?		
Des manuels détaillés sur les normes de conduite sont-ils à la disposition du personnel?		
Les données sont-elles recueillies conformément aux indicateurs relatifs aux soins obstétricaux d'urgence?		
Les six fonctions essentielles sont-elles régulièrement assurées et évaluées tous les trois à six mois?		
Les complications obstétricales sont-elles consignées?		
Des audits cliniques sont-ils effectués?		
Qui est responsable du suivi et de l'évaluation des services de l'établissement?		

Relevé des besoins et des ressources de la communauté	Oui/Non	Points d'action/Notes
Les soins obstétricaux d'urgence sont-ils abordables aux familles les plus démunies?		
La communauté fournit-elle un soutien?		
Est-il tenu compte des vues de la communauté sur les soins de santé?		
Les gens savent-ils reconnaître les signes de complications à l'accouchement?		
Les jeunes mariés et les jeunes couples sont-ils informés sur la planification familiale et les signes de complications à l'accouchement?		
Divers moyens de transport appropriés sont-ils disponibles pour se rendre dans les établissements de soins		
Existe-t-il des systèmes de communication (radio/téléphone) pour aiguiller les patients?		
Les responsables de la communauté se sentent-ils concernés par la mortalité maternelle?		
Comment pourraient-ils aider à mobiliser et à éduquer la communauté?		

Cette liste récapitulative a été établie avec la gracieuse participation du programme *Averting Maternal Death and Disability* (prévenir les décès et infirmités maternels) de l'Université Columbia (États-Unis). Elle accompagne la Mise à jour 2002 relative à la mortalité maternelle, qui peut être consultée sur le site www.unfpa.org/publications.

