

THE LANCET

Résumé analytique, série publiée par *The Lancet* sur la survie maternelle



Family Care International

Principales initiatives pour réduire la mortalité maternelle

Il y a vingt ans, des professionnels de la santé, des militants de la santé des femmes et des responsables gouvernementaux se sont réunis à Nairobi (Kenya) pour attirer l'attention sur le « M » manquant de l'acronyme SMI (santé maternelle et infantile).¹

L'énergie et la détermination générées par la Conférence sur la maternité sans risque de 1987 ont permis de formuler avec plus de précision les risques considérables que courent les femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Les stratégies d'intervention poursuivies ont eu une efficacité variable et, sur le plan mondial, pratiquement autant de femmes mourront de causes maternelles en 2007 qu'en 1987.

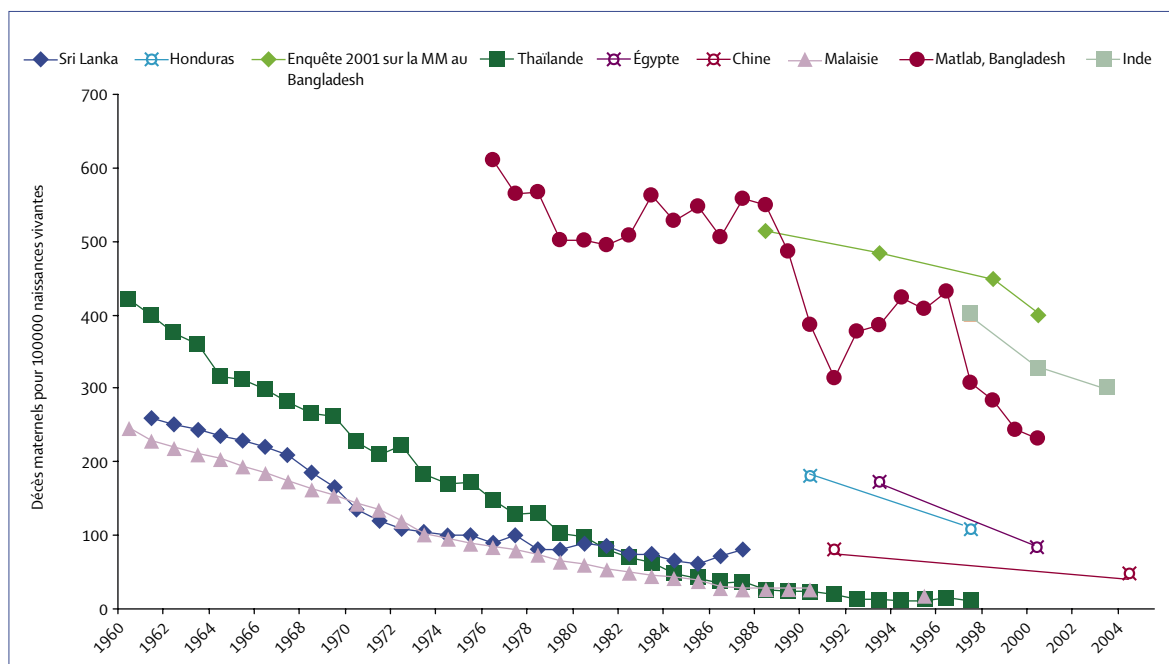
Des progrès importants se sont pourtant produits. Plusieurs pays, ou régions de grands pays, sont parvenus à réduire la mortalité maternelle, principalement par la prestation de soins obstétricaux à l'accouchement et l'accès aux soins hospitaliers, ainsi que par la lutte contre les maladies infectieuses et la libéralisation des lois sur l'avortement (cf. graphique 1). Leurs réussites offrent des stratégies modèles et donnent espoir aux autres pays. Les gouvernements de pays en développement, les organisations internationales et les donateurs ont investi des fonds pour financer des stratégies d'intervention, des ressources humaines, des technologies et traitements nouveaux et la recherche sur des sujets variés y compris l'évaluation des progrès réalisés. Cet ensemble de

connaissances est aujourd'hui disponible pour soutenir la réussite des stratégies entreprises.

Plus important encore, une nouvelle volonté politique est maintenant prête à s'attaquer à ce problème poignant. En 2000, huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été fixés, dont, en cinquième position, l'amélioration de la santé maternelle qui a pour cible de « réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle ». Le poids de l'OMD5 est son impact potentiel sur la réduction de la pauvreté, l'autonomisation des femmes, la survie des enfants et les maladies infectieuses, ainsi que son fondement dans le droit des femmes à la santé et à la survie. Le rôle essentiel des mères dans la famille et la société est à la base de tous les OMD (cf. encadré 1).

Le programme des OMD a établi des objectifs difficiles, mais réalisables. En ce qui concerne l'OMD5, les 12 à 18 prochains mois sont d'une importance critique. Les donateurs et les gouvernements doivent formuler, et appliquer, une vision stratégique des mesures nécessaires pour réduire la mortalité maternelle. Grâce aux preuves indiscutables rassemblées au cours des 20 dernières années, la série sur la survie maternelle, publiée par *The Lancet*, a pu dresser une liste précise des actions prioritaires à entreprendre, à savoir :

- Se concentrer sur la période entourant la naissance, étant donné que la plupart des décès maternels surviennent au cours ou immédiatement après l'accouchement.
- Permettre à toutes les femmes d'accoucher dans des centres de santé et d'être soignées par des professionnels de la santé ayant reçu une formation de base aux soins



Graphique 1 : Tendances de la mortalité maternelle au Bangladesh, en Chine, en Égypte, au Honduras, en Inde, en Malaisie, en Thaïlande, à Sri Lanka et au Matlab, Bangladesh²⁻⁶

obstétriques (cf. encadré 2), dans le contexte d'un système sanitaire qui transfère des patients vers un service approprié en cas de complications.

- Compléter les interventions de maternité sans risque avec des stratégies visant à améliorer l'accès des femmes

Encart 1 : Améliorer la survie maternelle : impacts sur les autres objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

OMD-1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim : améliorer la santé des mères, qui est particulièrement mauvaise parmi les pauvres, peut aider à réduire l'écart entre les riches et les pauvres. Le coût des soins d'urgence, ainsi que le manque à gagner encouru lorsqu'une femme meurt, peuvent être catastrophiques pour des ménages démunis.

OMD-3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes : le statut inférieur des femmes, notamment le manque d'accès à l'éducation, contribue aux taux élevés de mortalité maternelle et en est aggravé.

OMD-4 : Réduire la mortalité infantile : des soins de qualité pour les femmes enceintes et les mères réduiront le nombre élevé des décès néonataux et l'amélioration de la survie maternelle favorisera la survie et le bien-être des jeunes enfants.

OMD-6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies : des services de maternité efficaces et de vaste portée permettent de prévenir ou de traiter le paludisme chez les mères et les nouveau-nés, et empêchent la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, de la mère à l'enfant.

à la planification familiale et prévenir ou traiter les complications liées à l'avortement, dans le contexte plus large des initiatives de promotion des droits de l'homme, de la réduction de la pauvreté et de l'égalité des sexes.

- Élargir la couverture parmi les populations qui ne reçoivent pas actuellement de soins : les femmes d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud, ainsi que les pauvres des régions rurales.

Encart 2 : Soins qualifiés et assistance qualifiée

Les soins ou l'assistance qualifiés englobent l'ensemble des soins offerts pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, ainsi qu'au cours du post-partum et de la période qui suit immédiatement la naissance. Ces soins doivent être dispensés par un professionnel de la santé accrédité et compétent, dans le cadre d'un système sanitaire efficace prévoyant des fournitures, un équipement et une supervision suffisants, ainsi que des installations de transport et de transfert des patientes au cas où des soins obstétriques d'urgence sont nécessaires. Selon la définition de l'OMS, de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), et de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), « un accoucheur qualifié est un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier[ère]) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complication), et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications⁷ ».

Encart 3 : Définitions et mesures de la mortalité maternelle**Décès maternel**

Décès d'une femme enceinte ou d'une mère durant les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quels qu'aient été la durée ou le lieu de la grossesse, pour toute cause liée à la grossesse ou à sa prise en charge, ou aggravée par cet état, à l'exclusion de tout accident ou événement accessoire.

Rapport de mortalité maternelle

Nombre de décès maternels au cours d'une période de temps donné pour 100 000 naissances vivantes pendant la même période. Mesure la plus courante, comme par exemple pour l'OMD5.

Taux de mortalité maternelle

Nombre de décès maternels au cours d'une période de temps donné pour 100 000 femmes en âge de procréer, pendant la même période.

Risque de décès maternel sur la durée de la vie

Probabilité de décès maternel pendant la vie génésique d'une femme. Tient compte des grossesses, ainsi que du risque de mortalité par grossesse.

Rapport comparatif de mortalité

Décès maternels par rapport à ceux de toutes les femmes en âge de procréer, en général entre 15 et 49 ans, pendant une période donnée.

La série publiée par *The Lancet* sur la survie maternelle offre des recommandations stratégiques quant au financement et aux ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre ces mesures prioritaires. Le niveau de financement nécessaire pour soutenir ces recommandations doit être nettement augmenté. Dans la plupart des pays à faibles revenus, le financement des soins de santé maternelle est assuré conjointement par le gouvernement (par l'intermédiaire des recettes fiscales) et les ménages, mais ces deux sources ne sont pas suffisantes à elles seules.

De récents rapports estiment que les sources nationales et internationales devront fournir 5,5 à 6,1 milliards de dollars US supplémentaires d'ici 2015 pour atteindre l'OMD5. En 2004, les principaux donateurs mondiaux n'ont investi que 530 millions de dollars US dans la santé maternelle et néonatale. Il incombe à la communauté internationale d'augmenter le niveau des investissements et d'offrir un soutien financier à long terme (10 ans ou plus). Au niveau national, les pays doivent adopter et mettre en œuvre de façon effective des politiques permettant de protéger les familles pauvres contre les conséquences catastrophiques associées aux coûts exorbitants des soins de maternité.

Les disparités au niveau des ressources humaines constituent un obstacle majeur si l'on veut offrir à toutes les femmes la possibilité d'accoucher dans des centres de santé, avec l'aide de professionnels de santé ayant été formés aux soins obstétricaux essentiels. Les gouvernements doivent commencer à planifier dès aujourd'hui la formation et la

répartition des travailleurs de santé qualifiés. Il est essentiel qu'ils disposent de plans globaux en matière de ressources humaines, prévoyant notamment des stratégies visant à retenir les personnels existants et nouveaux dans les zones rurales où la mortalité maternelle est la plus élevée et le taux de couverture en personnels le plus réduit. Les modèles indiquent que ces objectifs sont réalisables, avec une planification et des investissements appropriés.

Enfin, la série sur la survie maternelle, publiée par *The Lancet* recommande une augmentation des investissements au niveau de la surveillance et de l'évaluation des programmes. Il n'est pas facile de suivre les résultats en matière de survie maternelle ; le choix des indicateurs pour décrire au mieux la taille, la portée et la nature du problème, a fait l'objet de débats. On a beaucoup appris au cours des 20 dernières années sur l'objet et les instruments de mesure ; il incombe désormais à la communauté internationale d'utiliser ces connaissances pour élaborer de meilleurs systèmes de surveillance permettant de suivre les investissements et les progrès réalisés pour améliorer la santé maternelle au cours des 20 prochaines années.

Comprendre le décès et l'incapacité maternels**Portée du problème**

Plus d'un demi million de femmes meurent de causes maternelles chaque année. Est-ce un taux élevé ou faible ? La réponse dépend en fait du lieu considéré. Dans les pays les plus pauvres, où le risque de décès d'une femme au cours de la vie pour des causes maternelles est environ d'un sur 6, tout le monde connaît en principe une femme décédée en couches. En Suède, où ce risque de décès au cours de la vie est d'un sur 30 000, le problème semble insignifiant. Sur le plan mondial, une femme sur 74 mourra des suites d'une grossesse ou d'un accouchement.

Les 529 000 décès maternels ne sont qu'un aspect du problème. Au moins 1,4 million de femmes souffrent de complications qui mettent en danger leur vie et 10 à 20 autres millions de femmes sont affectées par des incapacités physiques et mentales provenant de complications ou de traitements médicaux inadéquats, tels que la fistule obstétricale. Les conséquences à long terme peuvent être non seulement physiques mais aussi psychologiques, sociales et économiques ; les femmes peuvent souffrir de dépression, de violence, de mésententes conjugales ou de dettes associées aux frais médicaux encourus.

Le fardeau est plus lourd pour les pauvres

La mortalité maternelle, qui peut être mesurée de plusieurs manières (cf. encart 3), est l'indicateur de santé qui fait ressortir la plus grande disparité entre les pays développés et les pays en développement, quelle que soit la manière dont il est calculé. Par exemple, le rapport de mortalité maternelle varie de 7 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les régions développées à environ 950 en Afrique

sub-saharienne, soit 135 fois plus (cf. graphique 2). En comparaison, la mortalité infantile est 15 fois supérieure, en moyenne, en Afrique sub-saharienne que dans les pays développés. Au sein des pays eux-mêmes, les revenus sont également un facteur.

La graphique 3 indique que les femmes qui font parties du quintile le plus pauvre de la population de Tanzanie, du Pérou et d'Indonésie, courent un risque de mortalité

maternelle considérablement plus élevé que les femmes les plus aisées.

Il existe aussi de grandes différences au niveau du risque de décès maternel parmi les pays qui connaissent des niveaux similaires de développement économique, mais varient en fonction d'importants indicateurs socioculturels. Il a été démontré que la mortalité maternelle tend à être inversement proportionnelle aux indicateurs du statut des femmes, tels que l'éducation. La réduction de la mortalité maternelle nécessite à la fois l'intervention du système sanitaire et l'élaboration de stratégies plus vastes, telles que la réduction de la pauvreté et l'autonomisation des femmes, y compris l'éducation.

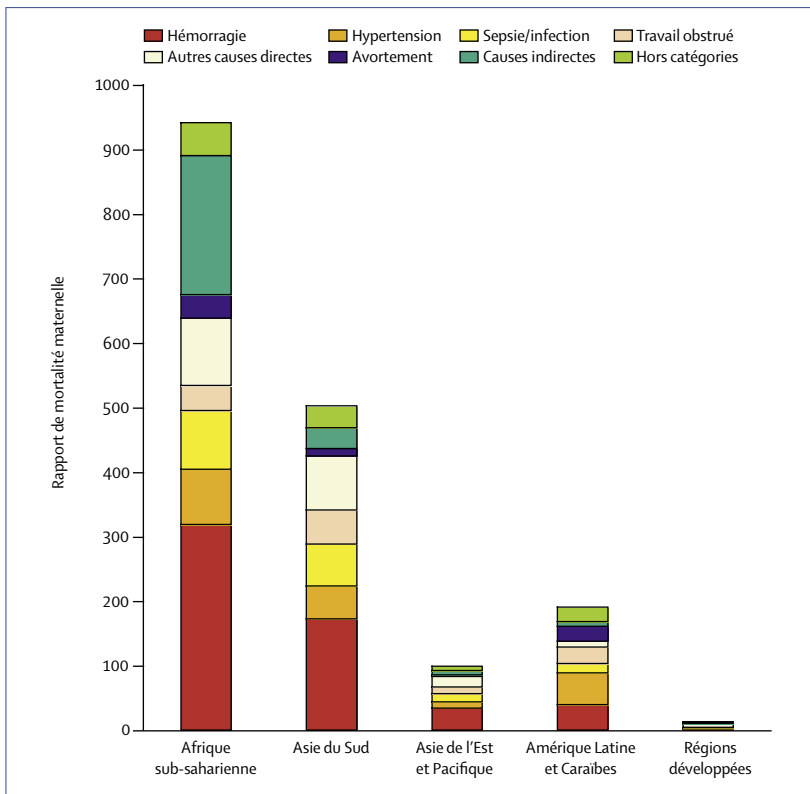
Causes et conséquences des décès maternels

Le risque de décès maternel est le plus grand pendant le travail, l'accouchement et les 24 premières heures suivant l'accouchement. Comme l'indique le graphique 2, les principales causes directes des décès maternels sont les hémorragies, l'hypertension et les infections, qui peuvent largement être évitées par des soins compétents et délivrés dans des délais opportuns. Dans les pays où la mortalité maternelle est élevée, les causes indirectes (états ou maladies qui ne sont pas directement liés à la grossesse, mais peuvent être aggravés pendant cette période) sont aussi à l'origine de décès chez les femmes. Par exemple, le paludisme ou les maladies liées au sida sont une cause importante de décès dans les pays où leur prévalence est élevée. Les avortements non médicalisés représentent aussi un risque considérable parmi certaines populations. Le graphique 2 indique que, bien qu'ils soient une cause notable de décès maternel en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, ils jouent un rôle proportionnellement plus important dans la mortalité maternelle en Amérique latine et dans les Caraïbes.

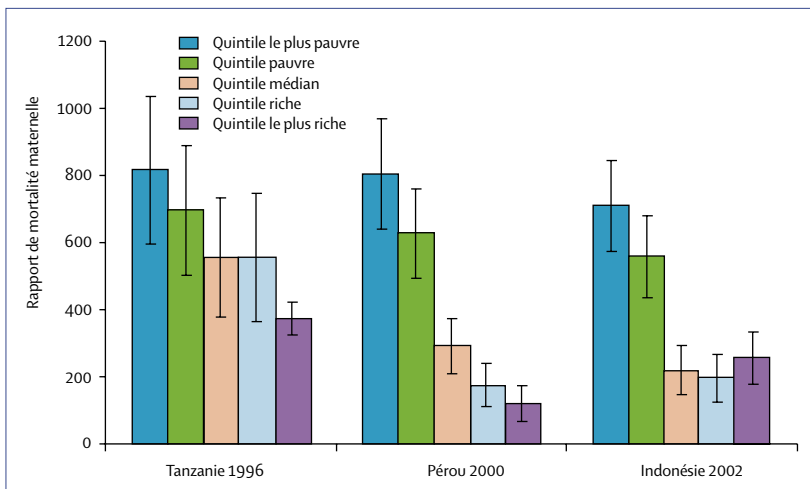
Lorsqu'une jeune mère meurt ou souffre de complications graves liées à la naissance de son enfant, le dénouement est bien trop souvent doublement tragique. Au Népal, par exemple, les enfants nés de mères qui meurent pendant l'accouchement sont six fois plus susceptibles de mourir au cours de leur première semaine de vie. Sur les 136 milliards d'enfants qui naissent chaque année, 3,2 millions sont mort-nés et 4 millions meurent au cours du premier mois de vie ; ils sont pratiquement tous issus de pays à revenus faibles et moyens. Les complications obstétriques, pendant le travail notamment, sont responsables de 58 % des mort-nés et des décès néonataux précoces. Les mort-nés, les décès néonataux précoces et la morbidité et mortalité maternelles sont à la fois des priorités et des stratégies clés en matière de santé publique.

Une stratégie judicieuse centrée sur les centres de santé

Les données sont claires : la mortalité maternelle se produit en général juste avant, pendant ou immédiatement après



Graphique 2 : Rapports de mortalité maternelle en 2000, par causes médicales et région du monde



Graphique 3 : Rapports de mortalité maternelle par quintile de pauvreté
Les lignes noires indiquent des intervalles de confiance de 95 %.

l'accouchement, souvent à la suite de complications qui ne peuvent pas être prévues pendant la grossesse, et qui sont difficiles à prévenir. Il en découle que toutes les femmes ont besoin d'accéder à des soins qualifiés pendant l'accouchement et immédiatement après, et certaines d'entre elles peuvent devoir recourir à des soins d'urgence dans des délais opportuns. La plupart des décès néonataux se produisant pendant les premières semaines de la vie, notamment au cours des deux premiers jours, la présence d'un accoucheur qualifié est également avantageuse pour les nouveau-nés, surtout si elle se prolonge pendant les 24 heures critiques suivant l'accouchement.

À l'heure actuelle, les naissances à domicile en présence d'un accoucheur traditionnel ou d'un membre de la famille sont courantes dans les pays pauvres, et sont invariablement associées à un taux de mortalité maternelle élevé. Lorsque des accoucheurs qualifiés assistent aux naissances à domicile, ils font parfois face à des valeurs ou des pratiques traditionnelles potentiellement préjudiciables, et peuvent retarder l'accès au traitement approprié. En outre, à domicile, les accoucheurs qualifiés ne peuvent pas parer à toutes les urgences et peuvent devoir organiser le transfert vers un centre de soins, perdant ainsi un temps précieux pour les jeunes mères.

Aucune intervention de traitement unique ne peut prendre en charge toutes les causes variées à l'origine de la mortalité maternelle. Cependant, un examen minutieux des stratégies de santé maternelle adoptées dans le monde suggère qu'un ensemble d'interventions offertes dans le cadre d'une stratégie centrée sur les centres de santé peut réduire la mortalité maternelle en dessous de 200 pour 100 000 naissances (cf. encart 4). Dans cette stratégie, la majorité des naissances ont lieu dans un centre de santé où les soins sont principalement dispensés par des sages-femmes qualifiées, assistées par une équipe d'autres prestataires de santé.

Encart 4 : Principaux aspects de la stratégie axée sur les centres de santé

- Toutes les femmes ont la liberté d'accoucher dans un centre de santé, sous la supervision d'un accoucheur qualifié.
- Un « centre de santé » est un établissement capable d'offrir des soins essentiels (cf. point suivant) ; il peut s'agir d'un dispensaire d'obstétrique ou médical, ou d'un petit établissement avec un ou deux lits.
- Des soins dispensés en fonction de données probantes, y compris fournitures, matériel et infrastructure de base, sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et comprennent la détection précoce et la prise en charge essentielle des problèmes liés à la grossesse.
- Des soins obstétricaux d'urgence sont disponibles, y compris le transfert vers un hôpital pour les interventions chirurgicales ou les transfusions sanguines.
- La femme enceinte et le nouveau-né sont surveillés pendant le travail et pendant les 24 heures de post-partum.



Une femme enceinte est pesée dans une clinique au Burkina Faso

De cette manière, les femmes qui ont une grossesse normale reçoivent les soins hygiéniques de base nécessaires pour éviter les complications ; les femmes qui présentent des problèmes peuvent être prises en charge par des professionnels qualifiés pour gérer les complications, ou transférées dans un hôpital pour opérations chirurgicales, transfusions sanguines ou autres interventions médicales, si nécessaire.

Les femmes tendent à opter pour la stratégie des centres de santé dès lors que les obstacles, tels que le personnel non compétent, coût, distance et acceptabilité culturelle, sont éliminés. L'assistance et la mobilisation communautaires, dans certains contextes, tout du moins, jouent un rôle important dans l'élimination de certains de ces obstacles et contribuent à sensibiliser le public à la disponibilité et à l'importance de services de qualité, créant ou renforçant les liens entre les communautés et les établissements. En dehors de l'accouchement lui-même, les stratégies complémentaires permettant de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, comprennent la planification familiale, l'avortement sans risques, les soins prénatals, les soins post-partum et les soins de santé en général pour les femmes qui ne sont pas enceintes.

Clés du succès de la stratégie axée sur les centres de santé

Est-ce qu'une stratégie axée sur les centres de santé « assurera » la réalisation de l'objectif OMD5 ? Dans les pays où la mortalité maternelle est extrêmement élevée, il peut être irréaliste de supposer qu'un nombre suffisant de centres de santé et de sages-femmes sera disponible d'ici 2015 pour atteindre la cible de l'OMD5. Le manque de personnel et de structures dans de nombreux pays en développement est un obstacle majeur au progrès.

Certains pays essayent d'adopter des « stratégies provisoires » ; elles peuvent inclure la formation de cadres alternatifs



Une femme enceinte porte une jarre d'eau potable au Bangladesh

(aides sages-femmes, agents de santé communautaires, accoucheurs traditionnels, ou autres membres de la communauté) pour les accouchements à domicile ou dans la communauté. Les évaluations initiales, cependant, indiquent que ces cadres alternatifs ne sont pas capables de prendre en charge les complications et que leur impact sur la réduction de la mortalité maternelle ne serait que limité. Une autre stratégie possible consiste à mieux reconnaître dans la communauté les cas prêtant à complication et à transférer ces cas dans des établissements en mesure d'offrir des soins obstétricaux d'urgence ; les obstacles à ces mesures, cependant, sont considérables.

C'est pour cette raison que la série publiée par *The Lancet* sur la survie maternelle recommande que la stratégie des centres de santé, avec des aides sages-femmes travaillant

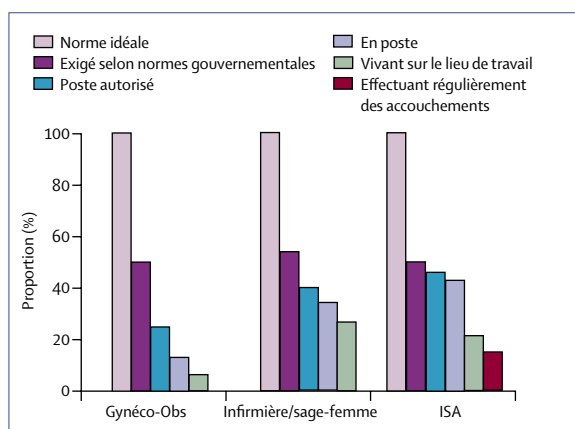
sous la supervision de personnel plus qualifié, est la meilleure stratégie pour réduire la mortalité maternelle de façon notable d'ici les 10 à 20 prochaines années. Les plans nationaux qui permettront de mettre cette stratégie en œuvre doivent tenir compte de l'état actuel du système sanitaire, et refléter les priorités nationales.

Ressources humaines

La réussite de la stratégie axée sur les centres de santé est liée à des effectifs suffisants de personnel qualifié ; cependant il a été démontré que dans la plupart des pays en développement où le taux de mortalité maternelle est élevé, le manque de personnel et de structures constitue le principal obstacle au progrès (cf. graphique 4 et encart 5). L'impératif lié aux ressources humaines a plusieurs composants : un nombre insuffisant de professionnels qualifiés diplômés d'institutions accréditées ; mauvaise répartition du personnel ; durée limitée dans un poste, notamment dans les régions rurales où les conditions de vie sont souvent précaires ; et émigration du personnel plus qualifié (médecins et infirmières sages-femmes), particulièrement, vers les pays en développement. Par exemple, le flux annuel d'infirmières diplômées au Royaume-Uni venant du Ghana a été multiplié par six au cours des cinq ans précédant 2003. En outre, et malheureusement, l'épidémie de VIH/sida fait aussi beaucoup de victimes parmi les travailleurs sanitaires. Ainsi, 50 % des décès d'employés gouvernementaux en Afrique sont estimés causés par le VIH/sida.

Ressources financières

Le personnel n'est pas le seul problème. La prestation de services efficaces de santé maternelle exige aussi des fonds pour l'approvisionnement de médicaments, de fournitures médicales et de nourriture, ainsi que pour couvrir les frais de transport vers un centre de santé. Actuellement, les



Graphique 4 : Écarts entre les normes idéales concernant les professionnels de la santé maternelle et les proportions réelles des effectifs disponibles et offrant des soins obstétricaux dans les régions rurales d'Inde en 2004.

Gynéco-obs = gynécologue/obstétricien ISA = infirmière sage-femme auxiliaire

Encart 5 : Résolution de la crise des ressources humaines

La mortalité maternelle ne peut être réduite sans un investissement important dans un personnel qualifié. Au cours des dix années entre 2005 et 2015, la réalisation de la cible de l'OMD5 concernant les accouchements assistés par un personnel qualifié dépend du nombre de prestataires opérationnels et du nombre des naissances qu'ils assistent. Le modèle le plus efficace prévoit des sages-femmes travaillant en équipes dans des centres avec des aides sages-femmes. Cette démarche permet aux sages-femmes d'assister un plus grand nombre d'accouchements que si elles travaillaient seules à domicile. À partir de ce modèle, 73 % de la couverture pourrait être réalisée d'ici 2015 dans 75 pays prioritaires, si 334 000 professionnels de soins de santé supplémentaires étaient recrutés. D'après ce modèle, des services d'accouchement (24 000), 27 000 médecins et techniciens, et 11 000 services de maternité au sein des établissements seraient nécessaires.

Encart 6 : Élimination des frais à la charge des utilisateurs pour les soins obstétriques : le Ghana et le Népal

Le gouvernement ghanéen a introduit une politique de gratuité des soins obstétriques pour toutes les femmes, financée par des fonds débloqués par allègement de la dette et l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (initiative PPTE). La politique a été progressivement élargie et les résultats initiaux semblent indiquer qu'elle a bien été reçue parmi le personnel et les femmes et que le nombre d'accouchements institutionnels a augmenté. Une préoccupation clé concerne la disponibilité des fonds après un déblocage initial de ressources, avec des problèmes de flux de trésorerie signalés dans plusieurs régions.

En réponse aux obstacles financiers et de transport qui compromettent les accouchements assistés par des professionnels qualifiés, le gouvernement népalais a mis en œuvre une politique nationale, en juillet 2005, qui prévoit un remboursement en espèces des frais de transport pour toutes les femmes ; une prime offerte aux accoucheurs qualifiés les incitant à offrir des soins obstétriques ; et, dans les régions les plus pauvres, des accouchements institutionnels gratuits. En pratique, moins de la moitié des districts ont appliqué cette politique au cours de la première année. Une légère augmentation de l'assistance qualifiée a été notée, mais il est trop tôt pour attribuer cet effet à la politique de participation aux frais.

Plutôt que de s'adresser uniquement aux pauvres, la politique ghanéenne est universelle et la politique népalaise cible les régions défavorisées du pays. Les deux expériences nationales indiquent que des politiques populaires peuvent être compromises par un financement insuffisant, mettant en évidence l'importance d'apports suffisants de fonds dans le cadre de ces programmes.

ménages paient une part bien trop importante des coûts associés aux services de santé maternelle, ou ne cherchent pas à obtenir de soins car ils n'en ont pas les moyens. De nombreux ménages n'ont pas accès à des fonds au moment où ils en ont besoin. Dans les régions urbaines du Bangladesh, par exemple, 51 % des familles n'avaient pas suffisamment d'argent pour un accouchement normal et 74 % pour une césarienne, et ont dû emprunter de l'argent auprès d'un membre de leur famille ou d'un agent de prêt.

Du point de vue de l'équité, l'élimination des frais à la charge des utilisateurs et la prestation d'une couverture universelle des femmes enceintes sont des causes qui sont largement appuyées. Le coût des frais à la charge des utilisateurs, notamment pour les interventions chirurgicales, peut amener les gens à vivre en dessous du seuil de pauvreté. Plusieurs études ont montré que l'utilisation des services de santé maternelle a chuté après l'introduction de frais à la charge des utilisateurs. Certains pays ont aboli cette pratique pour les mères et les enfants, afin d'offrir une couverture universelle des soins de santé

maternelle, subventionnés par le gouvernement (cf. encart 6). Cependant, l'élimination des frais à la charge des utilisateurs n'est pas simple. Les gouvernements doivent être prêts à remplacer les manques à gagner ainsi encourus et assurer des ressources humaines et des établissements de santé de capacité suffisante pour satisfaire la demande accrue de services. D'autres options financières peuvent être considérées. Certaines études, par exemple, ont montré que les femmes préfèrent que les soins obstétriques fassent partie d'un régime d'assurance, et qu'elles sont disposées à payer pour en bénéficier. Cependant, l'assurance n'est pas en général à la portée des familles pauvres. D'autres méthodes nouvelles pour augmenter la demande de services de santé maternelle parmi les femmes pauvres sont en cours d'expérimentation, y compris les transferts de fonds et les bons de crédit ; ces méthodes n'ont pas encore été pleinement évaluées. En outre, les modalités de défraiement des frais de transport en faveur des femmes les plus pauvres doivent être étudiées plus à fond.

La considération aux niveaux national et international de la question du financement est un composant essentiel de l'ensemble des services nécessaires à la survie des femmes. La santé maternelle, néonatale et infantile n'est pas encore une priorité financière au niveau international et ne reçoit pas autant d'attention que le paludisme, la tuberculose et le VIH.

Suivi des progrès réalisés au niveau de la santé maternelle

Il n'existe aucune méthode simple pour suivre les progrès réalisés en vue de l'OMD5. Les recensements décennaux, enquêtes et systèmes d'informations périodiques, y compris les données rassemblées au niveau des établissements, doivent être utilisés pour recueillir l'information. Bien qu'une série d'indicateurs soient disponibles pour évaluer la santé maternelle, tous les pays doivent déclarer leur rapport de mortalité maternelle et le nombre total de leurs décès maternels (cf. encart 7). Les estimations sur la mortalité

Encart 7 : Indicateurs de santé maternelle

- Nombre total de décès maternels, par cause
- Rapport de mortalité maternelle, par cause
- Rapport sages-femmes/population
- Disponibilité des établissements de soins obstétriques de base et complets, pour 500 000 personnes
- Pourcentage des naissances assistées par un personnel de santé qualifié par lieu d'accouchement
- Pourcentage des naissances par césarienne
- Pourcentage des naissances avec intervention chirurgicale vitale
- Pourcentage des femmes qui sont restées dans un établissement de santé pendant au moins 24 heures après l'accouchement
- Taux de mortalité parmi les femmes en âge de procréer

Documents de la série publiée par *The Lancet* sur la survie maternelle

- Horton R. Healthy motherhood: an urgent call to action. [Maternité sans risque : Un appel urgent à l'action] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69389-6.
- Starrs A. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. [L'initiative pour la maternité sans risque: 20 ans et la suite] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69385-9.
- Rosenfield A, Maine D, Freedman L. Meeting MDG-5: an impossible dream? [Atteindre l'OMD5: un rêve impossible?] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69386-0.
- Lawn J, Tinker A, Munjanja SP, Cousens S. Where is maternal and child health now? [Où est la santé maternelle et infantile maintenant?] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69387-2.
- Costello A, Azad K, Barnett S. An alternative strategy to reduce maternal mortality. [Une stratégie alternative pour réduire la mortalité maternelle] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69388-4.
- Ronsmans C, Graham WJ, Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, where, and why. [Mortalité maternelle: qui, où et pourquoi] *Lancet* 2006; publié en ligne, 28 septembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69380-x.
- Campbell OMR, Graham WJ, Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. [Stratégies pour réduire la mortalité maternelle: avancer avec ce qui fonctionne] *Lancet* 2006; publié en ligne, 28 septembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69381-1.
- Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P, van Lerberge W, Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. [Passer à grande échelle avec les professionnels de soins qualifiés] *Lancet* 2006; publié en ligne, 28 septembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.
- Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A, Maternal Survival Series steering group. Mobilising financial resources for maternal health. [Mobiliser les ressources financières pour la santé maternelle] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69383-5.
- Filippi V, Ronsmans C, Campbell OMR, Graham WJ, Mills A, Borghi J, Koblinsky M, Osrin D. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. [La santé maternelle dans les pays pauvres : le contexte élargi et un appel à l'action] *Lancet* 2006; publié en ligne DOI:10.1016/S0140-6736(06)69384-7.
- Fauveau V. Strategies for reducing maternal mortality. [Stratégies pour réduire la mortalité maternelle] Correspondence. *Lancet* 2006; **368**: 2121-22.
- Pinel A, Islam QM, Villeneuve P, Lakshminarayanan R. Strategies for maternal mortality reduction. [Stratégies pour la réduction de la mortalité maternelle] Correspondence. *Lancet* 2007; **369**: 557-58.

devraient au moins différencier les avortements des autres causes obstétriques, et les causes coïncidentes devraient être identifiées dans les statistiques sur la mortalité maternelle.

Engagement politique

Investir dans un personnel plus qualifié et offrir un programme de financement pour soutenir les besoins de santé maternelle des personnes les plus défavorisées au monde exigent une volonté politique. Des initiatives efficaces ont été mises en place en faveur des mères et des nouveau-nés mais elles n'auront aucun effet sans l'assurance d'un

engagement et de ressources. Les solutions politiques privilégient la rapidité et la visibilité des résultats, le caractère abordable des services, l'appui des groupes professionnels, et l'importance des hiérarchies et des structures existantes, ainsi que les exigences de la société civile. La promotion de l'accouchement dans des établissements de santé est la stratégie la plus efficace pour éviter les décès maternels, et la prévention du décès d'une mère est l'intervention la plus importante pour la santé d'un enfant. La communauté internationale, les gouvernements, les professionnels de la santé, les universitaires, la société civile et les individus doivent agir. Les gouvernements se sont engagés à réduire la mortalité maternelle ; nous ne devons pas baisser les bras. L'avenir dépend de nos actions présentes.

Remerciements

Ce résumé a été préparé par Family Care International, avec le soutien de l'UNFPA. Le groupe de direction de la série, Carine Ronsmans, Jo Borghi, Oona Campbell, Veronique Filippi, Wendy Graham, Marge Koblinsky et Anne Mills, a révisé ce document. Les organisations suivantes ont soutenu la série publiée par *The Lancet* sur la survie maternelle, soit financièrement, soit par des campagnes de promotion : le Department for International Development (DfID) du Royaume-Uni ; IMMPACT (Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment) ; Towards 485 : la London School of Hygiene and Tropical Medicine ; *The Lancet* ; l'UNFPA ; et l'USAID. Tous les graphiques présentés dans ce résumé sont tirés de la série sur la mortalité maternelle, publiée à l'origine par *the Lancet*, à l'exception du graphique 1 qui a été adapté pour y inclure les données du Bangladesh, de Chine, du Honduras, d'Égypte et d'Inde⁶.

- 1 Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? [Mortalité maternelle – une réalité négligée. Où est le M dans santé maternelle et infantile ?] *Lancet* 1985; **2**: 83–85.
- 2 Shiffman J, Dtanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for Safe Motherhood in Honduras. [L'émergence d'une priorité politique en faveur de la maternité sans risque au Honduras] *Health Policy Plan* 2004; **19**: 380–90.
- 3 Campbell O, Gipson R, Issa AH, et al. National maternal mortality ratio in Egypt halved between 1992–3 and 2000. [Ratios nationaux de mortalité maternelle en Égypte entre 1992–3 et 2000] *Bull World Health Organization* 2005; **83**: 462–72.
- 4 National Institute of Population research and Training (NIPORT), ORC Macro, Johns Hopkins University et ICDDR, B. 2003. Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001. Dhaka, Bangladesh et Calverton, Maryland (USA): NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins, et ICDDR, B.
- 5 Ministère de la Santé de Chine, UNICEF, OMS, UNFPA. 2006. Étude collective des stratégies de survie maternelle et infantile en Chine, Pékin.
- 6 Registre général de l'État civil, Inde, New Delhi, en collaboration avec le Centre for Global Health Research, University of Toronto, Canada. 2006. Sample Registration Data; Maternal Mortality in India: 1997–2003; Trends, Causes and Risk Factors.
- 7 Organisation mondiale de la santé. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. [Rendre la maternité plus sûre : le rôle critique de l'assistance qualifiée] Déclaration conjointe de l'OMS, ICM, et FIGO. Genève, 2004.