

Conférence

Santé maternelle et néonatale : un investissement plus que jamais nécessaire !

Luc de Bernis

Fonds des Nations Unies pour la population – UNFPA¹ - New York, Etats-Unis

Med Trop 2011 ; **71** : 321-330

RÉSUMÉ • La mortalité et morbidité maternelle et néonatale, l'une des plus grande inégalités en matière de santé dans le monde et reflet de la faillite des systèmes de santé, pose aux gouvernements et à la communauté internationale un problème de droit et un défi en matière de développement socio-économique équitable. Le droit des femmes et de leurs nouveau-nés à accéder à des soins de qualité est maintenant reconnu. En plaçant cette question au premier plan des préoccupations mondiales pour la santé publique et le développement, les Nations Unies ouvrent de nouvelles perspectives porteuses d'espoir. Les stratégies effectives pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants sont connues et incluent des actions à court, moyen et long terme. Leur mise en œuvre nécessite une volonté politique forte, des partenariats à tous niveaux et des investissements importants sur le long terme. Trois stratégies sont essentielles : accès universel à la planification familiale, à une assistance qualifiée à l'accouchement et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence en cas de complication. Elles ressortent du renforcement des systèmes de santé ainsi que de la mobilisation communautaire. Ce papier est un survol de la situation sur le plan épidémiologique, des connaissances stratégiques, des efforts de la communauté internationale, des expériences des pays et des perspectives existantes. Des innovations en matière de financement, de communication, de mobilisation communautaire et des partenariats se font jour qui viennent compléter la panoplie d'interventions dont le haut niveau d'impact est connu. Plus que jamais la santé maternelle et néonatale doit faire l'objet de toute notre attention car, comme le démontrent de plus en plus de pays, la réduction de la mortalité maternelle est possible partout !

MOTS-CLÉS • Santé maternelle. Santé néonatale. Mortalité maternelle. Morbidité maternelle. Santé sexuelle et de la reproduction.

MOTHER AND NEWBORN HEALTH: A MORE-THAN-EVER NECESSARY INVESTMENT

ABSTRACT • Maternal and neonatal mortality/morbidity represents one of the greatest health inequalities in the world and is emblematic of the failure of healthcare systems. For national governments and the international community, it poses a major human rights issue and a challenge for equitable socio-economic development. The right of women and newborns to quality care is now recognized. In placing this issue at the top of the public health and development agenda, the United Nations is opening a new era of hope. Effective strategies for improving the health of women and newborns are well established including short-, middle- and long-term measures. Implementation requires strong political commitment, development of partnerships at all levels and substantial long-term investment. Three universal access requirements are essential, *i.e.*, to family planning, to skilled care during childbirth and to emergency obstetric and neonatal care in case of complication. These requirements can be met by strengthening health systems as well as community mobilization. The purpose of this article is to provide an overview of the current situation in terms of epidemiological data, strategic knowledge, international action, national experience and current perspectives. Innovation in financing, communication, community support and partnering has further enhanced the range of new intervention strategies that have had great impact. More than ever maternal mortality should be the focal point of our attention since experience in more and more countries has demonstrated that sharp reductions can be achieved everywhere.

KEY WORDS • Maternal health. Neonatal health. Maternal mortality. Maternal morbidity. Sexual and reproductive health.

La santé maternelle est une question de droit de la personne humaine (1) plus que de santé, de pauvreté plus que de médecine, de volonté politique plus que de technologie. Comme l'a dit le Professeur Mahmoud Fathala, « Chaque pays a la mortalité maternelle qu'il mérite ! ». La communauté internationale ne peut que se sentir concernée devant des chiffres de mortalité maternelle si élevés, de si grandes inégalités entre les pays et le risque pour beaucoup de pays pauvres de ne pas atteindre les objectifs du millénaire pour le développement 5 (OMD 5). Quelle plus grande inégalité de genre que le fardeau de la reproduction porté par les femmes seules, mais dont sont aussi victimes leurs nouveau-nés, leurs familles et leurs communautés, inégalité qui perdure dû au manque d'investissement dans la santé de la reproduction ? Quelle plus grande violence faite aux femmes que de ne pas leur donner l'accès aux soins qu'elles nécessitent au moment de la grossesse et surtout au moment de l'accouchement ?

Un certain nombre de pays à très forte mortalité maternelle sont des pays parmi les plus pauvres et les plus fragiles, où sévissent des conflits (Est RDC, Darfour, Somalie, etc.), qui émergent de longues crises politiques (Côte d'Ivoire, Libéria, Guinée, Sierra Leone, Sud Soudan), et ceux victimes de catastrophes naturelles de grande ampleur (Pakistan, Haïti). A des systèmes de santé défaillants s'ajoutent alors des crises humanitaires dont les premières victimes sont bien sur les groupes les plus exposés, les femmes et les enfants et toutes les communautés les plus marginalisées.

Nous avons, pour la première fois depuis deux décennies, de bonnes nouvelles concernant la santé maternelle mondiale : deux études (2, 3) publiées en 2010 ont montré, en se basant sur des données de 2008, une réduction notable de la mortalité maternelle au niveau mondial. Les décès maternels annuels sont passés de plus d'un demi-million à 358 000, soit une diminution de 34 %. L'analyse de ces données montre cependant des progrès très lents ou inexis-

• Correspondance : debernis@unfpa.org

1. Les vues de l'auteur exprimées dans ce texte peuvent ne pas refléter celles de l'UNFPA.

tant dans encore plus de trente pays, dont vingt-trois en Afrique. Sept pays ont même vu une augmentation de leur taux de mortalité maternelle. C'est maintenant clairement l'Afrique sub-saharienne qui porte le plus lourd fardeau de la mortalité maternelle mondiale, trois cinquième des décès, malgré le fait qu'elle ne représente que 15 % de la population mondiale (en 2009). Le taux de mortalité maternelle pour l'Afrique est de 640/100 000 naissances vivantes alors qu'il est de 280 en Asie du Sud. La mortalité maternelle et le risque de décéder d'une grossesse sont parmi les indicateurs de santé qui montrent la plus grande inégale répartition entre les pays riches et pauvres et entre les riches et les pauvres au sein d'un même pays. Le risque pour une femme adulte de mourir d'une cause relative à une grossesse au cours de sa vie démontre aussi l'énormité des inégalités mondiales, variant de 1/11 en Afghanistan, 1/31 en moyenne en Afrique sub-saharienne à 1/4 300 dans les pays les plus riches. Il est fortement à craindre que l'accroissement des inégalités qui marque le développement économique des pays en développement aujourd'hui ne fasse qu'accroître cette tendance.

La mortalité néonatale précoce (premiers jours de vie) qui s'explique en grande partie par les conditions de la grossesse et surtout de la naissance est intrinsèquement liée à la mortalité maternelle. Il faut donc parler de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale, ce qui sera toujours sous-entendu dans ces lignes.

La mesure de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale, comme celle de tout événement « rare » dans des pays où il n'existe pas d'état-civil et d'enregistrement des événements vitaux (naissances, décès) est difficile. Les enquêtes sur la mortalité maternelle sont coûteuses et rarement pratiquées et il faut donc se contenter de mesures imparfaites (Enquêtes démographie santé) ou d'estimations (Nations Unies). Les systèmes de recueil de données en routine, systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS), demandent partout un effort de longue haleine de renforcement. Les indicateurs choisis peuvent être difficiles à mesurer et leur comparabilité rendue discutable : peu de pays par exemple mesurent exactement le pourcentage d'accouchements assistés par des professionnels qualifiés car le mot « qualifié » fait appel à une définition internationale pas toujours reconnue comme standard. Peu d'indicateurs mesurent la qualité des soins : seul le taux de létalité des complications maternelles permet cette mesure mais il est rarement disponible. Le taux de césarienne reflète l'accès à la chirurgie obstétricale mais ne permet pas la mesure de la qualité de l'indication de la césarienne. Sur ce point, nous pouvons actuellement être inquiets d'une augmentation exponentielle des taux de césarienne dans beaucoup de centres de référence sans réduction apparente de la mortalité maternelle. Les informations relatives à la santé néonatale sont encore plus rares. Une revue très complète sur la mortalité fœtale, les mort-nés, vient d'être publiée. Il est estimé que 2,6 millions d'enfants sont mort-nés chaque année, 98 % en pays pauvres ou à revenus moyens, 1,2 millions survenant durant le travail de l'accouchement. La mortalité néonatale très précoce (premiers heures de vie), peuvent être considérées comme liées au déroulement du travail et leur mesure comme un bon reflet de la qualité des soins à l'accouchement. Un nouvel indicateur est donc à l'étude, qui est la somme de ces deux mortalités rapportées au nombre de naissances sur une même période, appelé pour l'instant « qualité des soins pendant le travail - quality of intra-partum care ». La revue fait dix recommandations pour diminuer la mortalité, portant sur la qualité de la consultation prénatale et de la surveillance de l'accouchement. La revue systématique des décès maternels et

néonataux ainsi que des échappée-belles, au niveau des institutions sanitaires mais aussi des districts et des communautés (autopsies verbales) devrait permettre l'amélioration, hautement nécessaire, de la qualité des données disponibles, de leur analyse et de leur utilisation pour la planification. La diffusion rapide de la téléphonie mobile dans tous les pays y compris les plus pauvres porte l'espoir de la possibilité de générer en temps réel les données nécessaires qui manquent cruellement jusqu'à maintenant. La formation des agents de santé communautaires dans ce domaine est une voie sur laquelle de plus en plus de pays s'engagent. La production en routine des données de base par les services de santé nécessite un engagement financier et technique sur le long terme. Sans données, pas de programme de qualité !

Nous savons depuis longtemps de quoi les femmes meurent pendant la grossesse, y compris l'avortement, l'accouchement et la période du post-partum. Les cinq causes majeures de mortalité maternelle (hémorragie, infection, éclampsie, dystocie mécanique et avortement) sont universelles et, point important, difficilement prédictibles mais très généralement évitables. Parmi les causes indirectes, il faut noter que la part de l'infection au VIH s'accroît très sensiblement, en particulier dans les pays à forte prévalence du VIH/SIDA. Les estimations des Nations Unies chiffrent à 42.000 les décès annuels en relation avec le VIH et la grossesse, dont la moitié peut être classée comme cause indirecte de décès maternel. Il est estimé qu'en Afrique sub-saharienne le VIH contribue pour 9 % à la mortalité maternelle (4).

Il est important d'analyser quels sont les éléments de succès de la réduction de la mortalité maternelle au niveau d'un pays. Dans des études portant sur plusieurs pays, la Banque Mondiale a pu montrer que deux facteurs, entre autres, sont très importants : la volonté politique et l'investissement dans les systèmes de santé, en particulier dans les ressources humaines, les sages-femmes en priorité (5). Plus récemment, en présentant son plan d'action 2010-15 en santé de la reproduction, la Banque mondiale résumait la stratégie ainsi : « Plus de préservatifs, de contraceptifs, de sages-femmes et de filles éduquées pourrait prévenir la plupart des décès maternels ».

Un pays comme le Maroc où, sous l'autorité d'un ministre de la santé ayant mis la santé maternelle comme première priorité de son action, des stratégies efficaces et complètes ont été mises en œuvre, rapporte une amélioration de la santé maternelle et néonatale. Ces stratégies allient un renforcement de l'accès aux services de santé, l'abolition de la contribution financière des usagers pour la santé maternelle, l'amélioration des structures de soins, la mise en place de systèmes de référence et de transport, l'amélioration de la distribution des médicaments essentiels et l'accroissement du nombre et des compétences des docteurs et sages-femmes. En addition à cela, une commission spéciale appointée par le ministère de la santé a coordonné les efforts d'amélioration des systèmes de santé afin de mieux répondre aux urgences obstétricales et néonatales.

Le consensus international sur les stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (6) s'est construit autour de trois stratégies :

1. La planification familiale, dont l'accès pour toutes les femmes, y compris les adolescentes, et les couples, doit permettre de réduire considérablement les grossesses non désirées, celles survenant à un âge trop jeune ou trop élevé, les grossesses trop rapprochées, et donc le recours à l'avortement qui reste illégal dans la grande majorité des pays en développement (7). Des études ont montré que l'accès universel à la contraception pourrait réduire la mortalité maternelle de 30 à 40 %. Il est aussi prouvé que la PF a

Santé maternelle et néonatale : un investissement plus que jamais nécessaire !

un impact non négligeable sur la survie des nouveau-nés et des enfants, sans compter les relations entre la taille des familles et le développement socio-économique.

2. L'assistance professionnelle durant la grossesse et plus particulièrement à l'accouchement, moment où les plupart des complications surviennent. On entend par « professionnels » les travailleurs de santé qui ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires à la prise en charge des grossesses et des accouchements. Ils peuvent être des sages-femmes ou équivalents ou des médecins formés aux soins obstétricaux. La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont défini les compétences de base de la sage-femme.

3. L'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), indispensables pour la gestion des complications sévères responsables des décès maternels et néonataux. Ceux-ci comprennent les soins d'urgence de base (SONUB), devant être disponibles au niveau le plus périphérique possible, là où exercent les sages-femmes (ou équivalents), et les soins complets (SONUC), destinés au niveau de référence (hôpital de district) où la chirurgie et la transfusion sanguine sont nécessaires.

Bien sur ces trois piliers stratégiques ne peuvent être envisagés que dans le cadre du renforcement des systèmes de santé et de la participation de la communauté à son développement. La réduction de la mortalité et morbidité maternelles, en effet, nécessite un système de santé basique mais fonctionnel. Il comprend des travailleurs de santé communautaires, un premier niveau de professionnels compétents (sages-femmes et équivalents) au niveau des centres de santé, un niveau de référence basé en premier lieu sur les hôpitaux de district, ainsi que les hôpitaux provinciaux/régionaux et nationaux, où exercent sages-femmes, médecins, obstétriciens et gynécologues, chirurgiens, anesthésistes et pédiatres. Tous ces professionnels à tous les niveaux doivent être reliés par un mécanisme de référence-recours fonctionnel et performant 24 heures sur 24. Connaissant la difficulté d'organisation et le coût des systèmes d'urgence dans les pays riches, on réalise facilement les défis auxquels on à faire face les pays les plus pauvres dans ce domaine.

La santé maternelle ne répond donc pas à des stratégies à court terme et peu coûteuses. Même si bien sur un nombre important d'activités peuvent et doivent être menées dans le court-terme, comme par exemple d'assurer une meilleure offre de soins par une meilleure performance des agents de santé aux différents niveaux grâce en particulier à la formation continue, la supervision, l'amélioration des conditions de travail et les encouragements/primes basées sur la performance, il est certain qu'une réduction majeure des taux de mortalité maternelle ne pourra être obtenue sans des investissements importants et soutenus sur le long terme. C'est la leçon apprise des pays ayant réussi ce pari.

La santé maternelle, l'OMD 5 (tableau 1), est pour la première fois placée par la Communauté internationale au plus haut niveau des priorités de santé publique. Le fait que la santé maternelle est l'OMD faisant le moins de progrès et l'évidence que les pays les moins avancés ne pourraient pas atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés pour 2015 ont été les révélateurs qui ont alerté et été à l'origine de l'appel du Secrétaire général des Nations Unies lui-même pour un renouvellement des engagements nationaux pour les OMD 4 et 5 : Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants (8). Les pays les moins avancés ont étudié les moyens d'accélérer la mise en place des interventions prouvées efficaces et leur mise à l'échelle et revu leurs engagements dans ce domaine sur ces nouvelles bases. Les pays les plus riches et les organisations non

Tableau 1. Objectif du millénaire pour le développement 5: réduire la mortalité maternelle.

5 A : Réduire de 80 % les niveaux de mortalité maternelle de 1990.
- Taux de mortalité maternelle
- % d'accouchements assistés par du personnel compétent (sage-femme ou équivalent, médecin formé aux soins obstétricaux)
5 B : Accès universel aux soins de santé de la reproduction
-% de consultations prénatale (1 et 4)

gouvernementales internationales ont aussi revu leurs engagements à la hausse. Lors du Sommet du G8 et G20 de Muskoka, au Canada en 2010, la promesse a été faite de mobiliser 7,3 milliards de dollars US additionnels. Tous ces pays et organisations ont été invités à rendre leurs nouveaux engagements publics lors du sommet des OMD de New York en Septembre 2010 qui a permis de recueillir des promesses de mobilisation de ressources à la hauteur de 40 milliards de dollars US. Un processus de compte rendu² sur ces engagements est mis en place et une Commission internationale travaille pour proposer des mécanismes de mesure de la mise en œuvre des engagements pris.

Cette volonté exprimée des pays les plus riches est un pas important mais il faut cependant rappeler que, pour le Secrétaire général des Nations Unies, il est nécessaire de mobiliser 88 milliards de dollars additionnels entre 2011 et 2015 pour répondre aux besoins en santé materno-infantile (OMD 4 & 5) et pour renforcer les systèmes de santé dans les 49 pays les plus pauvres. La France a jusqu'ici concentrée ses efforts d'aide au développement en santé sur le VIH/SIDA, en étant un des tous premiers contributeurs au Fonds global pour le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Cependant, avec les autres membres du G8, en 2010 au sommet de Muskoka, la France s'est engagée sur les OMD 4 et 5 en promettant de mobiliser 500 millions d'euros sur 5 ans. La coopération bilatérale avec les pays prioritaires, les pays francophones d'Afrique sub-saharienne, se conduit au travers de l'Agence française pour le développement qui retrouve donc un portfolio santé. En ce qui concerne la coopération multilatérale, en dehors de l'appui à l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), la France consacre 94 millions d'Euros sur cinq ans à la santé maternelle et infantile au travers d'une collaboration avec l'OMS, l'Unicef, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et ONU Femmes.

Les Nations Unies ont consolidé la collaboration entre les agences spécialisées en santé dans le domaine de la santé maternelle et néonatale en mettant en place en 2008 le « Health 4 » (H4) devenu en 2009 le H4+ lorsque ONUSIDA y a rejoint l'OMS, l'Unicef, l'UNFPA et la Banque Mondiale. Ces agences ont développé un plan de travail et une répartition des tâches basée sur leurs avantages comparatifs respectifs afin de couvrir le continuum des soins, de la maison ou la communauté jusqu'à l'hôpital de référence, et de l'adolescence au post-partum, en passant par la grossesse et l'accouchement. Le H4+, dont les bureaux pays couvrent tout le monde en développement, représente une « force de frappe » considérable et inégalée. Dans le cadre de l'initiative du Secrétariat général des Nations-Unies pour la Santé des femmes et des enfants, le H4+ s'est concentré sur l'appui aux pays les moins avancés pour la revue et le renforcement de leurs engagements pour les OMD 4 et 5 : plus

2. Le mot anglais «accountability» n'a pas de traduction en français: action d'être redevable, de rendre des comptes.

de 49 pays auront rendu public leurs engagements renforcés en Septembre 2011. Au travers de l'OMS, le H4+ est responsable de mesurer les progrès et l'engagement politique réel des pays bénéficiaires et des pays et organisations mettant des ressources à disposition. Le H4+, enfin, assiste les pays dans la mise en œuvre de leurs engagements. Le H4+ a été reconnu dans ce rôle stratégique et le Canada a récemment décidé d'utiliser ce mécanisme pour sa coopération multilatérale. Le seul mécanisme de financement existant dédié à la santé maternelle est le Fonds thématique pour la santé maternelle (MHTF) (9) mis en place par UNFPA et qui appuie d'ores et déjà plus de 40 pays.

Ces engagements des pays et de la communauté internationale pour la santé des femmes et des enfants autour d'axes stratégiques clairs et partagés représentent la seconde bonne nouvelle. Ceci s'accompagne d'actions de plaidoyer au niveau mondial qui n'ont jamais été aussi importantes. Il faut citer ici les deux conférences « Les femmes donnent la vie - Women Deliver » de Londres en 2008, de Washington en 2010, les activités de multiples ONG internationales, à grande majorité anglo-saxonnes, comme l'Alliance du Ruban Blanc (WRA), Family Care international (FCI) et bien d'autres. Le partenariat pour la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants (PMNCH) est la plateforme que ce sont données une centaine de partenaires travaillant dans ce domaine pour accroître la visibilité de ces questions et la promotion de messages clairs à l'intention des gouvernements et de la communauté internationale.

La planification familiale

Les nouvelles dans le domaine de la planification familiale (PF) ne sont pas excellentes. Les taux d'utilisation des contraceptifs en Afrique sub-saharienne restent très faibles et l'engagement politique tant pour offrir l'accès à un choix de méthodes contraceptives aux femmes et aux couples désireux de retarder ou d'éviter une grossesse, que pour aborder les problèmes de population auxquels font déjà face l'ensemble des pays en développement, n'est pas encore au rendez-vous. Les besoins non couverts en contraception, importants dans les pays en développement, démontrent que les politiques et moyens mis en place ne satisfont pas les demandes. Les questions de population sont peu intégrées dans les débats politiques. Peu de dirigeants politiques promeuvent encore la contraception et la limitation des naissances comme moyen de réduire la mortalité maternelle et néonatale et comme outil de la lutte contre la pauvreté.

Comme il est dit plus haut, il est estimé que la PF, si elle était universellement accessible, pourrait réduire jusqu'à 40 % de la mortalité maternelle. La PF réduit aussi les morbidités maternelles sévères comme la fistule obstétricale et la transmission parents-enfant du VIH et a un effet non négligeable sur la mortalité néonatale et infantile. La PF a une place importante dans les recommandations de la Conférence du Caire, 1994, ratifiées par 189 états, qui ont inscrit le droit à la santé de la reproduction parmi les droits humains, en insistant sur la question de l'égalité entre femmes et hommes dans la prise de décision en santé sexuelle et de la reproduction, du choix volontaire concernant le désir d'enfant et l'espacement des grossesses, de l'élimination de la violence faite aux femmes, de la coercition, de toute discrimination ainsi que l'élimination des pratiques néfastes. La PF est donc non seulement une question de services mais aussi de renforcement du statut des femmes, en considérant que le droit des femmes à décider pour elles-mêmes est fondamental

pour leur santé et celle de leur famille. Dans ce sens la PF est l'une des interventions les plus importantes pour le développement.

Cependant il est estimé que 200 millions de femmes aujourd'hui veulent utiliser les services de la PF mais ne le peuvent pas du fait du manque de services, du manque d'information ou du manque de soutien de la part de leur partenaire, de leur famille ou de la communauté. Les besoins non couverts³ en PF mesurés sont très élevés en Afrique, pouvant atteindre 25 % (10). Les taux d'utilisation des moyens contraceptifs modernes (taux de prévalence contraceptive - TPC) restent très faibles en Afrique sub-saharienne (22 %) et augmentent globalement très lentement, de 0,5 % par an en moyenne. Toutefois un certain nombre de pays ont connus récemment des accroissements plus importants. Il faut citer les pays du sud de l'Afrique, Madagascar, le Malawi, le Rwanda and l'Éthiopie, dont les succès peuvent servir d'exemple pour les autres pays africains.

De ce fait on estime à 75 millions chaque année le nombre de grossesses non désirées et à 42 millions le nombre d'avortements, dont 20 pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (illégaux). Ceci touche particulièrement les adolescents, dont les droits en la matière sont très généralement bafoués. C'est aussi le cas des situations de crise humanitaire et de déplacements de population. La contraception d'urgence, particulièrement en cas de viol, est encore très largement inaccessible. L'avortement reste responsable d'environ 13 % de la mortalité maternelle. Seulement 36 % des femmes vivent dans des pays où il n'y a pas de preuve d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (11).

Parmi les groupes les plus vulnérables pour la santé de la reproduction sont les adolescents qui, bien que représentant un groupe numériquement de plus en plus fort, sont très mal représentés dans leurs pays et peu écoutés. En 2009 l'OMS a publié une première étude sur les causes de décès des adolescents, 10-24 ans, dans le monde. Les accidents de la circulation, les complications de la grossesse et de l'accouchement, les suicides, la violence, le VIH/SIDA et la tuberculose sont les premières causes. La santé sexuelle et de la reproduction est un domaine très difficile à aborder dans de nombreux pays où les adolescents n'ont que peu d'accès à l'information et aux services. La planification familiale leur est souvent refusée, les préservatifs ne font pas l'objet de la dissémination massive qui serait nécessaire, la violence sexuelle sur les mineures est une réalité, les filles n'étant pas protégées, ni au sein de leur famille ni au dehors, où les espaces réservés aux filles n'existent pas. Le mariage lors de l'adolescence est une pratique courante dans de nombreux pays. La grossesse lors de l'adolescence est une grossesse à plus haut risque de décès maternel. L'indicateur de pourcentage des grossesses d'adolescentes fait partie des indicateurs de l'OMD5B. Le pourcentage de grossesses survenant à l'adolescence est de 48 pour mille dans le monde, 121 en Afrique sub-saharienne et 4,5 % en Asie de l'Est. La scolarisation des adolescentes, l'adaptation de l'école à leurs besoins spécifiques, le recul de l'âge du mariage, l'éducation sexuelle et de la reproduction, l'accès aux préservatifs et aux contraceptifs, incluant la contraception d'urgence, le développement des services de santé amis des adolescents sont parmi les stratégies qui doivent se développer dans tous les pays, en particulier ceux à forte mortalité maternelle (12).

Le financement de la santé de la reproduction, et particulièrement de la planification familiale a baissé alors que l'aide au

3. Les besoins non couverts en contraception sont calculés comme la proportion de femmes n'utilisant pas de moyen de contraception parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans), mariées ou en couple, actives sexuellement et qui ne veulent pas d'enfant ou souhaite retarder une grossesse d'au moins deux ans.

développement a augmenté. L'aide consacrée à la PF a chuté de moitié entre 2002 et 2006 alors que le (13) nombre de femmes en âge de procréer a considérablement augmenté. L'OMS a tenté de « repositionner » la PF, l'Union africaine dans son plan de Maputo en santé de la reproduction, 2006, a clairement appelé les gouvernements à mettre en œuvre des stratégies efficaces en matière de PF et, plus récemment, la Campagne pour l'accélération de la lutte contre la mortalité maternelle (CARRMA) contribue à mobiliser les dirigeants et les leaders des communautés sur ces thématiques. Cette initiative qui date de 2009 est déjà lancée dans 29 pays africains. La Conférence de Ouagadougou, 2010, financée par la France et les Etats-Unis, a permis à neuf pays d'Afrique de l'Ouest de revoir leurs stratégies et d'élaborer des plans d'action dans ce domaine.

L'Afrique sub-saharienne fait face à des défis majeurs en terme de sécurité alimentaire, d'éducation, de santé et de développement économique, tous liés à la croissance de sa population qui reste explosive et majeure dramatiquement les difficultés. 25 des 28 pays à très forte fertilité (taux de fertilité supérieur à 5 enfants par femme) sont africains. Les pays classés comme « les moins avancés » sont plus concernés encore et des inégalités entre régions existent : les pays du sud de l'Afrique ont les taux de fertilité les plus bas. Dans les cinquante dernières années, la population en âge scolaire a été multipliée par quatre. Pour la Banque Mondiale : « Si bien sûr le développement économique est de loin le meilleur contraceptif, les contraceptifs sont aussi nécessaires au développement, particulièrement dans les pays à forte fertilité » (14).

Volonté politique et financements sont la clef du problème. Certains pays montrent l'exemple, comme Madagascar où le gouvernement a pris la tête des campagnes de masse pour diffuser l'information sur la contraception, ou l'Ethiopie où les milliers d'agents de santé communautaires déployés peuvent maintenant utiliser les contraceptifs injectables et les implants ! Il est estimé que les économies faites par la promotion de la planification familiale volontaire sont de l'ordre de quatre fois l'investissement initial. Et pour UNFPA « Il est nécessaire d'investir 23 milliards par an pour empêcher les grossesses non désirées, les décès maternels et les décès néonataux qui leur sont attachés, une somme tout à fait mineure si comparées à d'autres comme les défenses militaires, par exemple » (15).

Les soins professionnels pendant la grossesse et l'accouchement

Le progrès en pourcentage d'accouchements assistés par un personnel compétent⁴, l'un des indicateurs de l'OMD 5A (tableau 1), reste très faible. De plus cet indicateur, difficile à mesurer, est souvent erroné pour deux raisons : son calcul est souvent basé sur les données d'enquêtes en populations (EDS) durant lesquelles il est demandé aux femmes d'indiquer qui les a assistées durant leur accouchement, ce que souvent elles ne savent pas ; par ailleurs cet indicateur est souvent confondu avec le pourcentage d'accouchements en institution, ce qui représente bien sur une information défectueuse. Néanmoins, les données disponibles montrent que dans les pays à forte mortalité maternelle en Asie du Sud et Afrique, la proportion d'accouchements assistés par un personnel compétent est très faible : 41 % et 45 % respectivement (16). Ce taux descend à 34 % dans les pays les plus pauvres de l'est africain. Le but de la

CIPD+5 était d'avoir 80 % des accouchements assistés en 2010. Le manque de ressources humaines, de sages-femmes en particulier, est le principal obstacle pour les pays. L'OMS estime qu'il manque actuellement 334 000 sages-femmes pour atteindre les objectifs fixés (17).

Qu'est un professionnel compétent en soins obstétricaux ? Il s'agit des sages-femmes ou équivalents (infirmières sages-femmes prédominantes dans le monde anglophone), des gynécologues-obstétriciens et des médecins qui ont été formés à l'obstétrique. La sage-femme est le cadre le plus important dans la chaîne du système de soins lorsqu'elle est correctement formée et déployée et le premier recours des populations. Elle est capable de prodiguer les soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence de base (tableau 2) durant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum/natal. Elle offre des consultations prénatales recentrées qui comprennent les activités de conseil, de dépistage (anémie, syphilis, VIH), de prévention (VIH, paludisme) et de traitement (antipaludéens, antirétroviraux, antibiotiques), repère les complications de la grossesse et de l'accouchement à leur début, sais les gérer et référer quand nécessaire. De plus elle est experte en planification familiale, en prévention et soins du VIH, du paludisme, du diagnostic et du traitement des infections sexuellement transmissibles, du diagnostic du cancer du col utérin. Pour le nouveau-né elle sait prodiguer les soins à la naissance, y compris la réanimation néonatale, initier, encourager et surveiller l'allaitement et faire les liens nécessaires avec les services de pédiatrie quand nécessaire.

A elle seule, quand son environnement de travail le lui permet, la sage-femme couvre donc une partie importante de la santé des femmes et des nouveau-nés, des domaines de la santé encore très négligés dans les pays en développement. Comprendre l'aire de compétence des sages-femmes est essentiel car celles-ci sont vues pour encore beaucoup de ministères de la santé comme un investissement superflu, comparé à des « accoucheuses », infirmières sages-femmes qui sont polyvalentes, ou autres personnels dénommés sages-femmes sans en avoir les compétences. La Confédération internationale des sages-femmes a clarifié les choses en définissant les compétences de base de la sage-femme, définition endossée par l'OMS. La formation d'une sage-femme nécessite au moins 18 mois et les cursus sont de trois ou quatre ans.

Outre la formation qui est essentielle, l'autre question importante est la gestion des personnels, ce qui inclut leur statut, leur recrutement, déploiement, leurs conditions de travail, plans de carrière, la supervision et formation continue. Dans ce domaine un énorme effort est encore à faire. Le très récent Rapport sur les Soins de Sage-femme (18) présenté au Congrès de l'ICM à Durban, Afrique du Sud, en Juin 2011, et qui étudie pour la première fois les données existantes de 58 pays, met en lumière la totale faillite des systèmes de gestion des personnels dans les pays les plus pauvres, au point que de nombreux ministères de la santé ne savent pas combien de sages-femmes sont en activité et où. Le manque de données est encore aggravée par le fait que les sages-femmes sont comptabilisées parmi les infirmières dans la plupart des pays y compris par l'OMS et l'Alliance pour les Ressources Humaines en santé (GHWA). Un appel a été lancé par l'ICM pour faire partout du métier de sages-femmes un métier indépendant et cela semble en effet une nécessité pour contribuer à assurer que chaque femme enceinte ait accès à un professionnel compétent pendant sa grossesse et son accouchement. Il faut pour cela améliorer les politiques en vigueur, définir les règles de la profession, renforcer ou créer des associations de sages-femmes et des instruments de régulation de la profession (Conseil de l'Ordre, Midwifery Council).

4. Le mot compétent est important. Il implique non seulement des connaissances apprises mais une maîtrise des gestes de l'art de l'accouchement et de la prise en charge des complications.

Grace au soutien de pays comme la Suède, un programme mondial de promotion des soins de sage-femme a été développé par ICM et UNFPA, qui met en place des conseillères au niveau des pays et des sous-régions, et qui travaille sur trois axes : la formation, le cadre réglementaire et les associations. Ce programme est soutenu financièrement par le Fonds thématique pour la santé maternelle (MHTF - UNFPA).

La question des sages-femmes est prioritaire pour la santé maternelle et demande une détermination politique forte : décider d'investir pour la santé des femmes, dans des professionnels compétents qui doivent être formés et recrutés localement afin de couvrir les besoins réels des communautés, qui doivent être soutenus fortement par le système de santé (conditions de travail, approvisionnement en médicaments, consommables et matériels, supervision et formation continue) et qui doivent pouvoir après quelques années de travail de terrain, pour celles qui le désirent, poursuivre leurs études afin de devenir des gestionnaires de services, des enseignantes et des chercheurs. L'engagement des communautés doit aussi être considéré car celles-ci sont demandeuses de soins de santé de qualité et peuvent grandement contribuer à la gestion des services de santé, comme cela a été démontré par exemple au Burkina-Faso (19), à la sélection des élèves sages-femmes, ce métier pouvant représenter un idéal professionnel pour les jeunes filles, et à appuyer la sage-femme dans son installation dans la communauté après sa formation.

La sage-femme est donc au cœur d'un système qui doit permettre à toute femme enceinte de recevoir les soins que son état nécessite, de la maison au Centre de santé, premier échelon du système, où les soins de sage-femme sont délivrés, incluant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base lorsqu'une complication survient. Et du Centre de santé à l'hôpital de district ou un autre hôpital de référence, lorsqu'une complication sévère nécessite une réanimation, une chirurgie et/ou une transfusion sanguine. C'est donc ce système qui doit pouvoir fonctionner de manière efficace et en permanence, jour et nuit. Mais c'est aussi ce système qui est nécessaire aux communautés pour d'autres pathologies fréquentes, liées aux accidents de la route et autres accidents traumatiques et aux accidents cardio-vasculaires, en particulier. Etablir un système de gestion de l'urgence médico-chirurgicale est donc un investissement indispensable pour la réduction de la mortalité maternelle et nécessaire pour la communauté dans son ensemble.

Les agents de santé communautaire, qui portent des noms et ont des statuts très différents selon les pays, qui peuvent être salariés ou au contraire volontaires, et effectuer des tâches très variées, en général axées sur la santé infantile y compris le nouveau-né (détection et soins des infections néonatales à domicile), mais aussi de distribution de produits contraceptifs (pilules et préservatifs), doivent être considérés comme une ressource importante. En effet l'articulation entre communautés et services de santé est critique. Du centre de santé la sage-femme peut conduire des activités mobiles en direction des communautés, en particulier celles vivant dans des zones enclavées : consultations prénatales et planification familiale en particulier. Mais les agents de santé communautaire, quand ils reçoivent une formation adaptée, peuvent jouer un rôle non négligeable pour la santé maternelle. Sous la supervision de la sage-femme, ils promeuvent les consultations prénatales et l'accouchement en institutions, discutent avec la femme et sa famille le plan d'urgence en cas d'accouchement ou de complication, suivent le respect des prescriptions, conseillent en matière d'allaitement, de soins aux nouveau-nés et de contraception, peuvent assurer un accouchement « propre » en cas d'accouchement inévitable à domicile.

Enfin ils peuvent contribuer de manière très utile à l'enregistrement des événements vitaux, naissances et des décès, au sein de leurs communautés. En Ethiopie où le gouvernement a déployé des milliers d'agents de santé communautaire, deux par poste de santé, dans les zones les plus reculées du pays, ceux-ci reçoivent une formation d'une année qui leur permet de délivrer de nombreuses méthodes contraceptives y compris les implants, et d'utiliser le Misoprostol pour la prévention de l'hémorragie de la délivrance. Les agents de santé communautaire devraient aussi travailler avec les matrones traditionnelles qui ont le respect des femmes et de leur communauté et ont, elles aussi, un très important rôle à jouer par le soutien et les conseils qu'elles peuvent prodiguer aux femmes enceintes et aux familles. Elles doivent par exemple être encouragées à accompagner la femme jusqu'au centre de santé pour l'accouchement.

Il est difficile, dans la plupart des pays, de trouver des médecins spécialistes en dehors des grands centres urbains ou même en dehors de la capitale. La question de l'accès aux soins obstétricaux de qualité en cas de complication sévère se pose donc et cela est une condition indispensable à la réduction de la mortalité maternelle de la mortalité néonatale qui s'y attache. Une délégation d'autorité, délégation de certaines tâches, est donc nécessaire (20). Dans certains pays, comme par exemple la RDC, les médecins généralistes reçoivent tous pendant leur cursus une formation à la chirurgie essentielle et à l'obstétrique. Ils peuvent donc, s'ils sont correctement déployés, équipés et soutenus (supervision, recyclage, surveillance de la qualité des soins) assurer les soins obstétricaux d'urgence complets. Dans les pays où leur formation est différente, les médecins travaillant dans les hôpitaux de district peuvent recevoir une formation. C'est le cas, entre autres, au Sénégal et au Burkina-Faso. Dans ce cas aussi le travail de contrôle de la qualité s'impose. D'autres pays ont choisi une stratégie différente, celle de former des infirmiers expérimentés à cette chirurgie essentielle et à l'obstétrique : ils sont appelés en anglais les « non-médecins praticiens » (non physician clinicians - NPC) ou « compétents » comme au Sénégal. Les pays d'Afrique de l'est et du sud ont maintenant acquis une bonne expérience dans ce domaine. Les expériences les plus documentées sont celles conduites au Mozambique et en Tanzanie (22) où des évaluations sérieuses ont montré une qualité des soins parfaitement correcte et comparable à celle obtenue avec des obstétriciens, pour un coût nettement inférieur. L'autre point important ressortant de cette étude est la stabilité de ces personnels.

La question de la qualité des soins est centrale.

La sage-femme fait partie d'une équipe qui inclut les agents de santé communautaires, les auxiliaires sages-femmes, les spécialistes du centre de référence : gynéco-obstétricien, chirurgien ou « compétent », anesthésiste et pédiatre. C'est cette équipe qui est responsable de la qualité des soins de santé maternelle et qui doit travailler à son amélioration.

Malgré des efforts conduits en commun par l'OMS (23), UNFPA et l'Unicef depuis plusieurs années, les revues de cas de décès et d'échappée-belles, maternels et périnataux, qui doivent contribuer à cette amélioration de la qualité des soins restent très rarement pratiqués alors qu'ils devraient être obligatoires : les professionnels doivent pouvoir rendre des comptes. L'Afrique du Sud, qui a depuis maintenant plus de dix ans établi un système d'enquête confidentielle sur les décès maternels, la Tunisie, l'Egypte et le Maroc montrent la voie en Afrique.

Les sages-femmes doivent aussi être les garantes du respect des patientes, du respect de leurs choix (position à l'accouchement, compagne) et leur assurer soutien moral et protection. La crédi-

Tableau 2. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)

L'ensemble des SONUB plus :

- 1) La chirurgie obstétricale (césarienne, ...)
- 2) La transfusion sanguine

bilité de la profession est mise à mal par le fait que des cas de violence contre les femmes sont trop souvent rapportés dans les maternités. En Afrique francophone cette réalité a été étudiée par des équipes anthropologiques qui alertent sur ces questions (24).

Les stratégies de financement des soins de santé maternelle et néonatale peuvent avoir un impact sur la qualité des soins. Une stratégie qui montre des résultats probants est celle du paiement de la performance. Au lieu d'un budget fixe une institution de soins voit sa performance (quantité et qualité) évaluée sur la base de critères définis et son budget calculé sur ces résultats. En plus, les praticiens peuvent recevoir des primes, elles aussi calculées sur leur productivité. Cette stratégie fonctionne donc comme un encouragement à l'amélioration de la qualité des soins et de la fréquentation des services. L'expérience du Rwanda dans ce domaine a été étudiée par la Banque Mondiale qui soutient de telles stratégies (25, 26).

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Les SONU, troisième axe principal dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale est bien codifié et la Boîte 2 ci-dessous en donne le contenu (27), au niveau du centre de santé et au niveau de l'hôpital de référence.

Le défi pour les pays en développement, à ressources limitées, est la capacité d'offrir ces services 24h/24h et 7j/7j, ce qui nécessite des investissements importants. Leur planification et leur budgétisation nécessitent des études de situation. Un partenariat entre Unicef et UNFPA avec l'AMDD (28), auquel s'associe l'OMS, s'est constitué pour promouvoir dans les pays à forte mortalité des enquêtes sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence non couverts. Ces études sont actuellement réalisées dans un nombre croissant de pays et leur fournissent des données utiles pour la planification des services au niveau des districts. Le suivi des indicateurs des soins obstétricaux et néonataux d'urgence est codifié dans un manuel qui a été réédité en 2010 (29).

Peu de progrès récents ont été faits en matière de médicaments pour la santé maternelle. Mais le fait est que les médicaments indispensables, efficaces et peu onéreux pour la plupart, sont encore en grande partie inaccessibles : lenteur des procédures de mise à jour des listes de médicaments essentiels recommandés par l'OMS, faiblesse des méthodes d'estimation des besoins, lenteur et complexité des procédures d'achats et de distribution, coûts, en sont les raisons principales.

Certains médicaments en particulier, les plus spécifiques de l'obstétrique, méritent une attention spéciale.

L'ocytocine reste le meilleur utérotonique disponible (30) mais nécessite une conservation au froid. De nouvelles études sur cette question de thermo-stabilité sont en cours mais aucun progrès n'a été fait pour inclure ce produit pourtant hautement indispensable à tous les niveaux du système dans le système de la chaîne de froid des vaccins. Une nouvelle présentation fait enfin son apparition sur le marché et doit faire l'objet d'une politique volontariste

de tous les acteurs afin d'être diffusé largement : Uniject ocytocine (31) est une ampoule en plastique pré-remplie de 10 UI d'ocytocine et équipée d'une aiguille, ce qui fait gagner du temps et évite les manipulations et donc des risques de blessure et de contamination. L'Uniject possède en plus un indicateur de stabilité thermique qui garantit la qualité du produit lors de son utilisation.

Des recherches ont permis de démontrer l'efficacité de l'injection de 10 UI d'ocytocine immédiatement après la naissance de l'enfant dans la réduction du risque d'hémorragie de la délivrance, première cause de décès maternels dans tous les continents. Cette intervention est donc maintenant recommandée comme devant faire partie de la gestion normale de la délivrance du placenta (gestion active de la troisième phase du travail).

Le Misoprostol est une molécule qui, en condition de pratique hospitalière, a un pouvoir utérotonique un peu inférieur à celui de l'ocytocine et des effets secondaires (température, tremblements) fréquents mais jamais dangereux (32). Se conservant à la température ambiante et ne nécessitant pas d'injection, ce médicament est donc très utile chaque fois que l'ocytocine fait défaut. Il n'est pas encore recommandé par l'OMS pour un usage en communauté pour la prévention de l'hémorragie du post-partum lorsque l'accouchement à domicile est inévitable (ou souhaité par la mère et sa famille) mais les études se multiplient sur ce thème et certains pays l'utilisent déjà dans cette indication. Par ailleurs le Misoprostol est indiqué pour la conduite de l'avortement et dans les soins post-avortement.

Le sulfate de magnésium est un médicament d'efficacité certaine et reconnue dans la prévention des convulsions en cas de pré-éclampsie sévère et dans le traitement de celles-ci en cas d'éclampsie, de coût extrêmement faible, mais qui pourtant est encore indisponible dans certains pays et maternités.

Le renforcement des systèmes de santé

Le financement de la santé, et donc de la santé sexuelle et de la reproduction, est une question complexe, en particulier dans un contexte de ressources très limitées. En effet, le ministre de la santé doit être capable de démontrer à son collègue des finances et au gouvernement l'intérêt de financer la santé de la reproduction, l'existence d'interventions coût-efficaces et d'un retour sur investissement. Le choix d'investir dans ce domaine rentre en effet en compétition avec d'autres besoins aussi importants en matière de santé publique, même s'il s'agit d'une question de droit. Par exemple, le recrutement de personnels dans le secteur public se heurte en particulier à des limites strictes et les secteurs sociaux ont déjà à plusieurs reprises fait les frais des politiques de rationalisation budgétaires. Ainsi un certain nombre de pays ont été forcés dans le passé de fermer leurs écoles de sages-femmes et certains, comme le Cameroun, s'apprentent seulement maintenant à les ré-ouvrir. De fait un décès maternel est un indicateur de l'échec des services de santé et l'expression d'un droit bafoué. Les interventions en santé maternelle et la planification familiale sont très coût-efficace mais cette démonstration peut être difficile. C'est le cas de la césarienne, même si l'accès à cette intervention peut être souvent une question de vie ou de mort.

Considérant les complexités des systèmes de santé et celle de l'aide au développement, en se basant sur les leçons apprises des Paniers communs de financement (SWAP), un Partenariat international pour la santé (International Health Partnership Plus - IHP+) a été créé dans le but de renforcer les systèmes de santé et d'apporter

plus de cohérence dans les mécanismes de l'aide et l'action des donateurs. Ses principes sont les suivants : un seul plan national pour la santé et le VIH/SIDA ; un seul cadre politique et de résultat ; un seul budget ; un seul cadre de suivi et d'évaluation ; et un seul processus de validation. Ce partenariat est maintenant effectif dans plus de vingt pays.

Former des professionnels compétents, renforcer l'équipement des services de soins et leur approvisionnement, renforcer les mécanismes de référence-recours sont des actions importantes et nécessaires pour accroître l'accès géographique et la qualité des soins. Cela n'est pas suffisant. La principale barrière à l'accès aux services est la barrière financière, qui ne concerne pas seulement le coût des soins eux-mêmes mais aussi les dépenses en matière de transport, en particulier en cas d'urgence médico-chirurgicale. Dans la plupart des pays où la mortalité maternelle reste très élevée, une part très importante des coûts est à la charge des usagers (33), ce qui a comme conséquence une aggravation des inégalités dans l'accès aux soins de santé (34). L'inefficacité de l'Initiative de Bamako à exempter les plus pauvres du paiement des soins a poussé un certain nombre de pays à opter pour la gratuité des soins, ce qui est soutenu par la Banque mondiale, DFID et la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé (35). Devoir payer pour une intervention césarienne peut précipiter une famille dans la pauvreté. La réduction des coûts pour les usagers des services, en particulier en cas de complication, est donc un impératif. Dans ce domaine des interventions font la preuve de leur efficacité et il existe un besoin de collecter et analyser les preuves scientifiques dans ce domaine.

Un grand nombre de pays ont adopté des mesures de gratuité (suppression de la participation financière des usagers (PFU)), gratuité de la césarienne (mesure qui peut avoir des effets indirects nocifs sur la qualité des soins) comme au Bénin ou au Niger, gratuité de l'accouchement et de la césarienne, comme au Sénégal ou au Maroc, gratuité de la prise en charge des complications, gratuité des soins maternels et néonataux incluant la prise en charge des complications comme au Ghana ou au Kenya, ou d'autres modèles comme celui du Burkina-Faso où l'accouchement et la césarienne sont subventionnés par l'état à hauteur de 80%, le transport en urgence étant totalement couvert (36). Ces mesures en général mal préparées ont pu entraîner dans certains cas une très forte désorganisation des soins, les services se trouvant incapables de faire face à la demande (ce qui prouve bien que la demande existe et est jusque-là non satisfaite) (37). La seconde difficulté est la pérennité d'une telle mesure, à savoir comment un état peut couvrir de telles dépenses sur le long terme. Le troisième point est que cela ne règle pas la question du transport qui à elle seule peut rendre impossible l'accès aux services pour les femmes vivant dans des zones très reculées. Cette question du transport peut être résolue par une stratégie basée sur le paiement du transport (38) liée à un renforcement de la qualité des soins. Ceci peut assurer les consultations prénatales recommandées et l'accouchement institutionnel. Ces stratégies d'abolition de la participation financière des usagers des services, souvent prises au plus haut niveau de l'état, doivent être comprises dans une vision plus générale du financement des soins et c'est ce à quoi travaille le HHA (39), « Harmonisation for Health in Africa », mécanisme d'assistance axé sur le renforcement des systèmes de santé mis en place par un groupe de partenaires.

D'autres modèles continuent cependant à se développer même s'ils sont moins étudiés : les mutuelles à base communautaire (40, 41) ; les systèmes de partage des coûts comme le Forfait obstétrical de Nouakchott (42), en cours d'extension sur le territoire

mauritanien, ou le modèle du district de Guediawaye dans la périphérie de Dakar. Le principe général de ces derniers mécanismes est basé sur une cotisation forfaitaire des usagers qui permet de couvrir les soins de routine y compris l'accouchement et ses complications, en exemptant les plus pauvres, qui ne sont donc pas exclus du système. Cela s'accompagne d'une rationalisation pour une amélioration de la qualité des soins et de paiements inférieurs à ceux pratiqués avant la mise en place du mécanisme. Il faut aussi signaler ici l'initiative des Nations Unies, le « Socle de protection sociale », ensemble élémentaire de transferts sociaux de base destinés à assurer un revenu minimal et à garantir à tous l'accès aux services essentiels dont les soins de santé (43).

Un effort sans précédent a été réalisé pour identifier les interventions essentielles en santé maternelle et néonatale (44) et mesurer l'impact de leur mise en œuvre (45). Ces interventions sont donc maintenant bien connues, doivent être diffusées et enseignées, le défi étant de les mettre en œuvre et accessibles pour toutes les femmes enceintes lorsqu'elles en ont besoin.

Une manière de renforcer les services en efficacité et qualité est d'assurer l'intégration des différentes activités entre elles chaque fois que cela est possible. Une grande déperdition de moyens est due à une organisation fragmentée des services de soins. Ainsi, la consultation prénatale « recentrée » doit inclure outre la surveillance obstétricale de routine, la prévention du paludisme (traitement préventif intermittent et moustiquaires imprégnées), le dépistage de la syphilis, pour éliminer la syphilis congénitale, ainsi que le conseil et le dépistage en matière de VIH-SIDA, pour éliminer la transmission du virus des parents à l'enfant. En plus de cette intégration, les programmes de santé maternelle, de lutte contre les maladies infectieuses transmissibles et contre les maladies parasitaires ont intérêt à travailler ensemble pour améliorer la couverture en consultation prénatales, quatre au moins par grossesses, en commençant au premier trimestre, et l'assistance de l'accouchement par un personnel compétent. Ainsi, le pourcentage de femmes informées, conseillées et testées pour le VIH pendant les CPN, le nombre de femmes et de nouveau-nés bénéficiant du traitement selon les dernières recommandations de l'OMS (46) augmentera pour atteindre le but de l'élimination de la transmission du VIH des parents aux nouveau-nés (47). Un autre domaine où des efforts d'intégration doivent être accomplis est celui de la planification familiale avec les services VIH et les services de pédiatrie. Une femme amenant son enfant en consultation ou fréquentant un service de dépistage et conseil VIH doit être interrogée sur sa santé et son désir d'enfant. Ces stratégies basées sur une vision holistique de l'individu contribuent grandement à la rationalisation des services et à la qualité des soins. Ceci implique une formation adéquate des professionnels et une organisation des services pour permettre ce travail.

Une autre manière de renforcer l'efficacité des services de santé maternels et néonataux est d'aborder ces services du point de vue des usagers, des bénéficiaires de ces services (48). L'utilisation des services et leur qualité en dépend. Associer les usagers, les responsables des communautés, à la gestion des services de santé est prouvé efficace (49). Les usagers peuvent influencer la qualité des services, participer activement aux mécanismes de financement basés sur le partage des risques et des coûts, améliorer les mécanismes de référence-recours. La mise en place de stratégies participatives (50), l'implication des agents de santé communautaire, l'utilisation de technologies modernes telles que les téléphones mobiles font partie de la panoplie d'interventions disponibles. La stratégie de Maisons d'attente, permettant de rapprocher les femmes

enceintes des professionnels en particulier quand l'accouchement est proche est très utilisée dans certains pays, de manière plus anecdotique dans d'autres (51), mais ne fait pas souvent l'objet d'un suivi et d'une évaluation sérieux. Ceci fait que la revue Cochrane conduite en 2009 n'a pas permis de prouver une quelconque efficacité malgré un potentiel évident, lorsque les communautés s'approprient ces maisons d'attente (52). C'est certainement une stratégie qui pourrait diminuer le risque de décès maternel en cas de complication imprévue mais qui nécessite un professionnel compétent et le risque de fistule obstétricale, une des morbidités les plus invalidantes et porteuse de stigmatisation que les femmes peuvent connaître en cas de dystocie mécanique sévère non reconnue ou non traitée en temps voulu. Il est estimé que plus de deux millions de femmes vivent avec une fistule obstétricale, toutes vivantes dans les pays à forte mortalité maternelle, toutes pauvres et très souvent très jeunes. La prévention des fistules obstétricales passe d'abord par l'accès à des services de maternité bien équipés pour toutes les femmes enceintes au moment de leur accouchement. Elle passe aussi par la prévention des grossesses non désirées en particulier chez les très jeunes filles. Elle passe enfin par le recul de l'âge du mariage et l'éducation des filles, certainement l'intervention la plus efficace en matière de santé sexuelle et de la reproduction mais aussi en matière de santé infantile. Une campagne globale pour l'élimination de la fistule obstétricale est à l'œuvre depuis 2004, rassemblant tous les partenaires travaillant dans plus de 40 pays (53) pour aider à formuler des stratégies nationales incluses dans les plans de lutte contre la mortalité nationale, à mettre en place des services de traitement chirurgical et de réintégration sociale après traitement. La chirurgie de la fistule est l'affaire de spécialistes qui doivent être formés. Parmi les actions récentes les plus remarquables de la campagne mondiale est la production d'un manuel de formation basée sur les compétences et d'indicateurs permettant aux pays de mesurer les progrès accomplis. La force des partenariats de différents types, publics-privés, organisations non gouvernementales et Nations Unies, est maintenant bien démontrée dans ce domaine qui nécessite des financements supplémentaires.

Conclusion

En conclusion de ce survol rapide de la question de la mortalité maternelle nous pouvons dire que les stratégies de réduction de ces taux inacceptables de mortalité maternelle et néonatale et des morbidités sévères qui les accompagnent, n'ont jamais été aussi claires et si bien définies. Leur mise en œuvre doit, bien sûr, être adaptée à chaque pays en tenant compte de la grande complexité des systèmes de santé et des enjeux en termes de financement et de développement socio-économique. Il n'y a pas de solution simple et peu coûteuse pour la santé maternelle, qui nécessite des investissements dans le renforcement des systèmes de santé, qui vont par ailleurs bénéficier à toute la communauté. C'est la seule réponse possible pour garantir le droit des femmes et de leurs nouveau-nés à accéder aux soins de qualité auxquels ils ont droit. De nouvelles voies se font jour, porteuses d'innovation, dans le domaine du financement et de l'accès financier aux soins, de la communication, de la mobilisation des communautés et des partenariats. La communauté internationale, et la France, peuvent faire beaucoup mieux. Il est espéré que l'élan sans précédent en faveur de la santé des femmes et des enfants va se renforcer et enfin porter ses fruits pour le bénéfice de toutes les mères et leurs enfants.

Références

1. Human right council. Resolution 11/8. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. Human right council ed, 2009. http://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf
2. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, *et al*. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008 : a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010 ; 375 : 1609-23.
3. WHO, Unicef, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality 1990-2008. WHO ed, Geneva, 2010, 45 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
4. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, De Silva A, *et al*. Investing in maternal health : learning from Malaysia and Sri Lanka. World Bank ed, Washington, 2003, 182 p.
5. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006 ; 368 : 1284-99.
6. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006 ; 368 : 1810-27.
7. The partnership for maternal, newborn and child health. <http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html>
8. UNFPA. The maternal health thematic fund. UNFPA ed, New York, 2010, 115 p. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Global_Report_2010_MH.pdf
9. UNFPA. How universal is access to reproductive health. UNFPA ed, New York, 2010, 47 p. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/universal_rh.pdf
10. WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. WHO ed, Geneva, 2011, 56 p.
11. Population council. http://www.popcouncil.org/projects/41_BiruhTesfaSpaces.asp
12. UNFPA. Sexual and Reproductive health for all. UNFPA ed, New York, 2010.
13. The World Bank. Outline of a strategic plan for Population and reproductive health. The World Bank ed, New York, 2010.
14. UNFPA. Conférence internationale sur la Planification familiale : Recherche et bonnes pratiques. UNFPA ed, Kampala, 2009.
15. UNICEF. The state of the world children 2009: maternal and newborn health. UNICEF ed, New York, 2008, 158 p. <http://www.unicef.org/sowc09/report/report.php>
17. WHO. The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. WHO ed, Geneva, 2005 219 p. <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>
18. UNFPA. State of world's midwifery. <http://www.unfpa.org/sowmy/report/home.html>
19. Family Care International. Rapport de fin de projet sur L'Initiative pour les Soins Qualifiés: Sauver la Vie des Femmes dans le District de Ouargaye, Burkina Faso. Family care international, Ouagadougou, 2007, 66 p. <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/SCI%20BF%20Report%20French%20Feb%202008.pdf>
20. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. Human resources for health in the low-resource world: Collaborative practice and task shifting in maternal and neonatal care. *Int J Gynecol Obstet* 2009 ; 105 : 74-6
21. Kruk ME, Pereira C, Vaz F, Bergström S, Galea S. Economic evaluation of surgically trained assistant medical officers in performing major obstetric surgery in Mozambique. *BJOG* 2007 ; 114 : 1253-60
22. McCord C. The quality of emergency obstetrical surgery by assistant medical officer in Tanzanian district hospitals. *Health Aff* 2009; 28: 876-85
23. OMS. Au delà des nombres : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. OMS ed, Genève, 2004, 154 p. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242591831.pdf>
24. Jaffré Y., Olivier de Sardan P. Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 2003, 462 p.
25. World Bank. World Bank Policy Research Working Paper. <http://data.worldbank.org/data-catalog/WB-policy-research-working-papers>
26. Results-based financing for health. Burundi. www.rbfhealth.org
27. UNICEF, OMS, FNUAP. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. OMS ed, Genève, 1997, 102 p.
28. University of Columbia. AMDD: Averting Maternal death and Disabilities. University of Columbia ed, New York, 1999.

29. Maine D, Bailey P, Lobis S, Potts J, Fortney J. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux : manuel révisé. OMS, Genève, 2010, 135 p.
30. Mathai M, Gülmezoglu AM, Hill S. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. WHO, Geneva, 2007, 35 p. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0706/en/index.html
31. PATH. Innovative solutions saving mothers' lives. PATH ed, Seattle, 2009. http://www.path.org/files/ER_uniject_oxy_fs.pdf.
32. WHO. WHO Statement regarding the use of misoprostol for postpartum haemorrhage prevention and treatment. WHO ed, Geneva, 2009, 2 p. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/misoprostol/en/index.html
33. Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Diallo D, Mutunga A, *et al.* Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy Plan* 2009 ; 24 : 289-300.
34. Gwatkin DR. Beyond the averages, countdown 2015. Family Care International, Population Action International, and International Planned Parenthood Federation eds, New York, 2004, pp. 35-7.
35. Ridde V. Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *Int J Health Serv* 2011, 41 : 175-84.
36. Ridde V. Programme « Abolition du paiement ». Note d'information n° 2. 2010
37. Ceci a en particulier été étudié lors d'une revue de programmes conduite par Unicef en 2008-09 dans six pays africains : le Burkina Faso, le Burundi, le Ghana, le Liberia, l'Ouganda et le Sénégal.
38. De Costa A, Patil R, Kushwah SS, Diwan VK. Financial incentives to influence maternal mortality in a low-income setting: making available 'money to transport' - experiences from Amarpatan, India. *Glob Health Action* 2009 ; 2 : 1-9.
39. Harmonization for Health in Africa. <http://www.hha-online.org/hso/>
40. Ridde V, Haddad S, Yacoubou M, Yacoubou I. Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Soc Sci Med* 2010 ; 71 : 467-74.
41. Ndiaye P, Kaba S, Kourama S, Barry NA, Barry A, Criel B. Les Muriga en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. In « Richard F, Witter S, De Brouwere V. Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. » ITGpress ed 2008, Antwerp, pp 129-164.
42. Renaudin P, Prual A, Vangeenderhuysen C, Ould Abdelkader M, Ould Mohamed Vall M, Ould El Joud D. Ensuring financial access to emergency obstetric care: Three years of experience with obstetric risk insurance in Nouakchott, Mauritania. *Int J Gynecol Obstet* 2007 ; 99 : 183-90.
43. GESS extension mondiale de la sécurité sociale. <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1321>
44. UNICEF, UNFPA, WHO, World Bank. Packages of interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. WHO ed, Geneva, 2010, 20 p.
45. Fox MJ, Martorell R, Van den Broek N, Walker N. Technical inputs, enhancements and applications of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2011 ; 11 : S1-S5. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11?issue=S3&page=2>
46. WHO. Kesho Bora Study Preventing mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding. WHO ed, Geneva, 2011, 4 p. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis/keshobora/en/index.html>
47. UNAIDS. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. UNAIDS ed, Geneva, 2011, 44 p. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids-publication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en-1.pdf
48. Rosato M, Laverack G, Grabman LH, Tripathy P, Nair N, Mwansambo C *et al.* Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008 ; 372 : 962-71.
49. www.familycareintl.org/fr/issues/30
50. WHO. Working with Individuals, Families and Communities (IFC). WHO ed, Geneva, 2003, 44 p. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/mps_working_with_individuals.pdf
51. Kelly J, Kohls E, Poovan P, Schiffer R, Redito A, Winter H, *et al.* The role of a maternity waiting area (MWA) in reducing maternal mortality and stillbirths in high-risk women in rural Ethiopia. *BJOG* 2010 ; 117 : 1377-83.
52. van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 3 : CD006759.
53. <http://www.endfistula.org/public/>



Ecoliers, Madagascar © Imbert Patrick