



COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC53/RT/2  
3 juillet 2003

Cinquante-troisième session  
Johannesbourg, Afrique du Sud, 1<sup>er</sup>-5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11.2 de l'ordre du jour provisoire

**MATERNITE SANS RISQUE : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS  
OBSTETRICAUX D'URGENCE**

**Table ronde n° 2**

**SOMMAIRE**

	<b>Paragraphes</b>
CONTEXTE .....	1 – 8
CADRE .....	9 – 18
DEFIS .....	19 – 22
POINTS DE DISCUSSION .....	23 – 28
RESULTATS ESCOMPTES .....	29

## CONTEXTE

1. La morbidité et la mortalité maternelles et néonatales atteignent une ampleur qu'on ne mesure pas pleinement.
2. La mortalité maternelle est l'un des principaux problèmes de santé publique dans les pays en développement. Dans le monde en développement<sup>1</sup>, environ 600 000 femmes décèdent chaque année des suites de la grossesse, de l'accouchement ou pendant les six premières semaines qui suivent l'accouchement. Près de la moitié de ces décès surviennent dans la Région africaine qui ne représente que 12 % de la population mondiale et 17 % des naissances enregistrées chaque année dans le monde.
3. L'Afrique est la seule région où le taux de mortalité maternelle ne s'est pas amélioré depuis plus de dix ans. En fait, le rapport de mortalité maternelle y est passé de 870/100 000<sup>2</sup> naissances vivantes en 1990 à 1000/100 000 naissances vivantes en 2001<sup>3</sup>.
4. Pour chaque décès maternel, au moins vingt femmes souffrent de séquelles liées à l'accouchement telles que les fistules obstétricales, le syndrome de la douleur pelvienne chronique et la stérilité. La majorité de ces séquelles surviennent chez des femmes démunies vivant dans les zones rurales ou dans les communautés défavorisées et insuffisamment desservies des centres urbains.
5. Les principales causes directes de la mortalité maternelle dans la Région africaine sont les hémorragies survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou après l'accouchement (25 %), la septicémie (15 %), les avortements non médicalisés (13 %), l'hypertension induite par la grossesse (12 %) et le travail dystocique (8 %). Les causes indirectes comprennent le paludisme, l'anémie, la tuberculose et le VIH/SIDA.
6. On peut éviter 75 % de ces décès maternels en permettant aux femmes enceintes d'accéder à temps à des soins obstétricaux d'urgence appropriés. Cela signifie que le système de santé doit être préparé et être en mesure de faire face à des complications éventuelles, en cas de besoin.
7. Un certain nombre de retards empêchent les femmes d'accéder à des soins appropriés en cas de complications. Ces retards sont les suivants :
  - a) le retard dans la recherche de soins auprès des formations sanitaires : il tient, d'une part, à l'incapacité de la femme de décider si elle doit rechercher des soins appropriés et à quel moment elle doit le faire et, d'autre part, à l'absence d'une préparation à la naissance au sein de la famille et de la communauté;

---

1 Réduction de la mortalité maternelle : Déclaration conjointe Banque mondiale/FNUAP/OMS/UNICEF, 1999.

2 Estimations de la mortalité maternelle : Estimations de la mortalité maternelle de 1990 révisées, OMS et UNICEF, avril 1996.

3 Mortalité maternelle en 1995 : Estimations effectuées par le FNUAP, l'OMS et l'UNICEF, 2001.

- b) le retard en ce qui concerne l'arrivée à la formation sanitaire appropriée à cause du mauvais état des routes et des réseaux de communication, du manque de moyens de transport et de l'insuffisance des ressources financières;
- c) le troisième retard concerne le temps écoulé entre l'arrivée de la femme au centre de santé et le moment où elle reçoit les soins appropriés; ce retard est parfois le plus déterminant pour la survie de la femme enceinte et du nouveau-né.

8. Dans la plupart des pays de la Région, le système de santé demeure précaire et ne peut pas répondre convenablement aux besoins sanitaires de la mère et du nouveau-né. Ce système se caractérise par la pénurie de personnels qualifiés; l'absence de matériel, de médicaments et de fournitures nécessaires; et un système d'orientation-recours peu satisfaisant. Les statistiques disponibles indiquent que les agents de santé qualifiés n'interviennent que dans 42 % des accouchements pratiqués dans la Région africaine. Or, les études montrent qu'un accroissement du nombre d'accouchements pratiqués sous la supervision d'agents de santé qualifiés entraîne une diminution proportionnelle du rapport de mortalité maternelle<sup>4</sup> et du taux de mortalité néonatale dans le pays concerné<sup>5</sup>.

## CADRE

9. Sur la base des enseignements tirés de la mise en oeuvre de l'initiative pour la Maternité sans risque, on a défini les principales interventions en vue d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, à savoir :

- a) la prévention des grossesses non désirées, et la prévention et la prise en charge des avortements non médicalisés;
- b) la promotion de l'assistance de personnels de santé qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement;
- c) l'amélioration de l'accès aux soins de recours en cas de complications.

10. En 1999, l'OMS a lancé l'initiative Pour une grossesse à moindre risque (GMR) afin de réaffirmer son engagement en faveur de la réduction de la mortalité maternelle. L'initiative GMR a pour but de faire en sorte que les femmes et leurs nouveau-nés aient accès aux soins qu'ils méritent et dont ils ont besoin, grâce à un renforcement des systèmes de santé et à une action appropriée au niveau communautaire. A ce jour, la GMR est mise en oeuvre dans 39 pays de la Région.

11. Malgré les initiatives prises à l'échelle mondiale et régionale, les soins obstétricaux d'urgence restent inaccessibles sur les plans géographique, financier et culturel à la majorité des femmes de la Région africaine, en particulier aux plus démunies des pauvres.

---

4 Safe motherhood strategies: A review of the evidence, Brouwere V and Lerberghe K, 2001.

5 Policy perspectives on newborn health, Population Reference Bureau and Save the Children, 2002.

12. L'amélioration de l'accès à des soins obstétricaux d'urgence signifie avant tout l'élimination des barrières qui empêchent la prestation de soins obstétricaux d'urgence de qualité à tous les niveaux grâce à :

- a) une répartition équitable des services;
- b) la présence d'un personnel suffisant et qualifié, bénéficiant des pouvoirs nécessaires et d'un encadrement propice;
- c) la création d'un environnement favorable, de nature à entretenir l'engagement et le moral du personnel et à encourager l'utilisation des services par les clients.

13. Au niveau de la communauté, les prestataires de soins de santé, les agents de vulgarisation sanitaire et les accoucheuses traditionnelles permettent d'accéder à la communauté et peuvent jouer un rôle très important dans l'amélioration de l'accès à des soins obstétricaux d'urgence. On peut s'attaquer au premier et au deuxième retards en apprenant aux agents de santé à éduquer et encourager les femmes, ainsi que leurs partenaires et leurs familles à :

- a) reconnaître les signes des complications potentiellement mortelles;
- b) savoir quand et où rechercher des soins appropriés en cas de complications;
- c) concevoir des plans de préparation à la naissance, y compris un moyen de transport d'urgence.

14. Au niveau des soins de santé primaires, les formations sanitaires doivent être équipées pour offrir des services obstétricaux d'urgence de base pour des accouchements normaux, retirer manuellement le placenta et les produits retenus, et pour administrer des sédatifs, des antibiotiques et de l'ocytocine par voie intraveineuse.

15. Le premier niveau de recours est une formation sanitaire complète offrant tous les services de base en matière de soins obstétricaux d'urgence et capable de faire des interventions chirurgicales telles que des césariennes sous anesthésie ainsi que des transfusions sanguines pratiquées dans de bonnes conditions de sécurité.

16. Il est impératif d'augmenter la couverture des soins obstétricaux d'urgence et d'en accroître l'accès. Pour 500 000 habitants, il faut au moins quatre formations sanitaires capables de dispenser des soins obstétricaux d'urgence de base et une formation sanitaire offrant des soins obstétricaux d'urgence complets.

17. En raison de l'inadéquation des systèmes de communication, du mauvais état des routes et des longues distances à parcourir, beaucoup de femmes meurent en route avant d'atteindre la formation sanitaire. Il faut que le système d'orientation-recours assure un lien efficace entre les différents niveaux des soins de santé, y compris le niveau communautaire, afin de garantir la continuité des soins de santé maternels.

18. Malgré ces nombreuses interventions, il est possible que des complications liées à la maternité se produisent, mais les décès consécutifs à la grossesse et aux complications liées à l'accouchement peuvent être évités.

## **DEFIS**

19. La plupart des défis à relever pour assurer des soins obstétricaux d'urgence sont liés à l'aptitude et à la capacité de la formation sanitaire de dispenser de tels soins. D'une manière générale, les systèmes de santé de la plupart des pays de la Région sont très précaires, situation qui a des implications majeures en ce qui concerne la qualité des soins obstétricaux d'urgence.

20. Les barrières à surmonter pour assurer des soins obstétricaux d'urgence sont les suivantes :

- a) les fréquentes pénuries ou ruptures de stocks de médicaments, de fournitures essentielles et de matériel;
- b) l'inadéquation des services de transfusion sanguine;
- c) l'inefficacité des services d'appui en matière de laboratoire;
- d) l'insuffisance des effectifs, la pénurie de personnel correctement formé et l'absence d'encadrement;
- e) la pénurie de salles d'opération pour les urgences obstétricales, et les retards qu'elle entraîne au niveau des interventions chirurgicales;
- f) l'absence de politiques claires en matière de délégation de pouvoirs pour la prise en charge des urgences obstétricales;
- g) la prise en charge défectueuse des complications obstétricales par suite d'incompétence, de négligence ou d'un comportement inapproprié.

21. L'accès aux soins obstétricaux d'urgence est une question multisectorielle et multidimensionnelle qui fait appel non seulement au secteur de la santé, mais aussi à des secteurs ne relevant pas de la santé ainsi qu'au secteur privé et à la société civile en vue de la fourniture d'infrastructures sociales de base. Cela exige donc une approche sectorielle nationale complète, fondée sur des partenariats efficaces et sur une amélioration du rôle d'administration générale du gouvernement.

22. Il convient d'identifier et d'étendre les initiatives communautaires durables telles que les programmes de mutuelles et d'assurance communautaires qui permettent l'accès à un moyen de transport et à des fonds pour les soins d'urgence. De telles initiatives permettent en effet d'améliorer les liens entre la famille et les différents niveaux de soins.

## POINTS DE DISCUSSION

23. Quelles mesures faudrait-il prendre pour créer et maintenir un système complet de soins obstétricaux d'urgence ?
24. Est-il possible de mieux sensibiliser les communautés et les instances nationales et internationales à l'ampleur de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales ?
25. Est-il possible d'améliorer les compétences des professionnels de santé actuellement en service pour qu'ils dispensent des soins obstétricaux d'urgence en leur transférant les fonctions et les activités qui s'y rapportent ? Quelles sont les implications de cette stratégie sur le plan des ressources humaines, matérielles et financières ?
26. Est-il possible d'assurer une allocation et une utilisation appropriées des ressources afin de renforcer les services obstétricaux d'urgence ? Quelles mesures peut-on prendre pour garantir la disponibilité des fournitures, des médicaments et du matériel essentiels, y compris du sang non contaminé ?
27. Quels éléments pourrait-on inclure dans un plan de préparation et d'intervention en matière d'urgences obstétricales aux niveaux de la communauté et des formations sanitaires ?
28. Quelles stratégies pourrait-on adopter pour renforcer le rôle de la communauté dans les efforts visant à faire en sorte que les femmes soient assistées par du personnel qualifié pendant l'accouchement ?

## RESULTATS ESCOMPTES

29. Les résultats escomptés de la présente Table ronde sont les suivants :
  - a) orientation stratégique et interventions pratiques en vue d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour réduire la mortalité maternelle et néonatale;
  - b) projet de stratégie de sensibilisation permettant de mieux mesurer l'ampleur de l'impact de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales sur les familles, la communauté et la nation;
  - c) recommandation sur un plan de développement des ressources humaines permettant de déléguer aux cadres professionnels compétents les fonctions relatives à la fourniture de soins obstétricaux d'urgence;
  - d) recommandations sur les moyens d'obtenir un accroissement des ressources destinées au renforcement des soins obstétricaux d'urgence;
  - e) stratégies communautaires permettant d'améliorer durablement l'accès aux services de soins obstétricaux d'urgence et leur utilisation.