

Système d'enseignement à distance sur des questions de population



UNFPA
United Nations
Population Fund

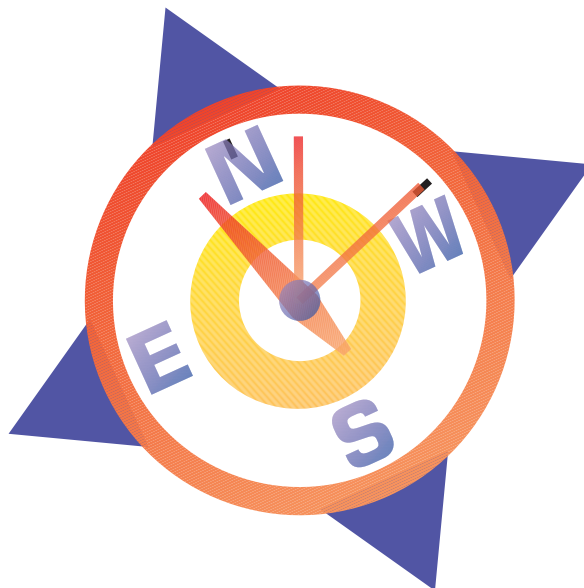
Columbia University
Averting Maternal
Death & Disability
(AMDD) Program



Cours 6

**Réduire les décès maternels :
choisir les priorités, suivre les progrès**

GUIDE DU COURS



**Lire ce
document
avant tout**

Cours N° 6

Réduire les décès maternels: choisir les priorités, suivre les progrès

GUIDE DU COURS

Table des matières

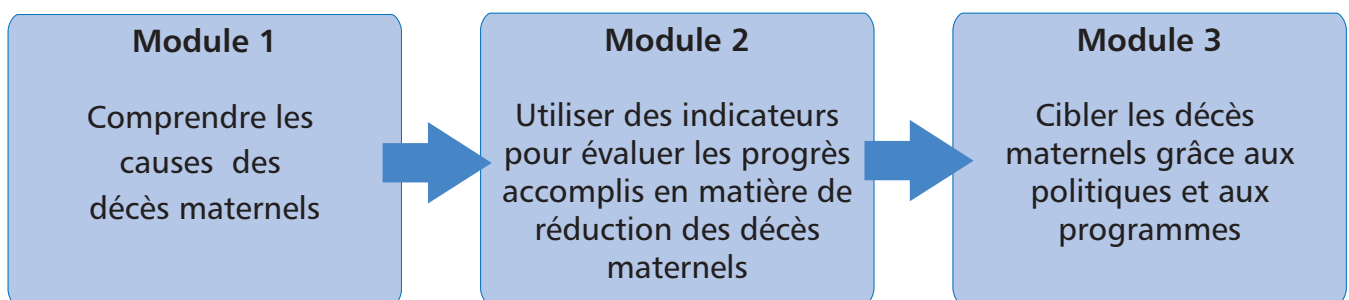
1.	Introduction	2	6.	Évaluation.....	7
2.	Buts du cours	3	7.	Commencer	7
3.	Objectifs du cours.....	4	8.	Guide d'évaluation de l'étudiant.....	8
4.	Structure et contenu du cours.....	6			
5.	Travailler avec un tuteur	6			

1. Introduction

Bienvenue dans ce cours d'enseignement à distance intitulé « Réduire les décès maternels: choisir les priorités, suivre les progrès ». Il fait partie des six cours qui composent le projet du FNUAP « Système d'apprentissage à distance sur des questions de population ».

Selon l'équipe qui l'a préparé, il faut une quarantaine d'heures pour suivre ce cours. Les participants estiment généralement qu'ils peuvent consacrer entre 5 et 7 heures par semaine à l'étude; il faut donc compter de 7 à 8 semaines pour achever le cours. L'équipe a divisé le cours en trois modules, comme le montre la figure 1. Le temps nécessaire pour assimiler la matière est indiqué au début de chaque module pour vous aider à planifier votre temps.

Figure 1. Les trois modules du cours



Ce cours peut être imprimé. Les références concernant des lectures supplémentaires vous permettront d'approfondir vos connaissances, si vous le désirez. Vous aurez trois devoirs à rendre, un par module. Vous devriez essayer de faire ces devoirs après avoir achevé le module correspondant et les remettre à votre tuteur pour qu'il les note.

Chaque module est précédé d'une liste d'objectifs d'apprentissage, qui décrit en détail ce que vous devriez être capable de faire après avoir achevé le module. Pour vous aider à tester vos progrès, vous trouverez des questions d'auto-évaluation (QAE) à la fin des diverses sections. Elles vous permettront de vous assurer que vous avez bien assimilé le matériel que vous venez d'étudier. Les réponses à ces QAE sont regroupées à la fin du module. Quand vous rencontrez une QAE, il est préférable de donner votre réponse par écrit avant de vérifier la réponse correcte. Y réfléchir ne suffit pas toujours; le fait de l'écrire vous aidera à vous remémorer la matière étudiée.

Le cours comporte également des études de cas décrivant des situations réelles. Elles ont pour but de vous donner des exemples concrets qui, je l'espère, étayeront le cours et le rendront plus vivant.

L'équipe qui a conçu le cours s'est efforcée de présenter le matériel aussi clairement que possible, mais il est inévitable que certaines parties vous semblent plus difficiles que d'autres. Si vous avez besoin d'aide vous pourrez vous adresser à votre tuteur. Lorsque vous étudiez, installez-vous dans un endroit calme et confortable. Si possible, essayez de consacrer des périodes d'une heure à une heure et demie à l'étude de façon à pouvoir vous concentrer. Réfléchissez au contenu du cours lorsque vous lisez et essayez de penser à des exemples similaires à ceux donnés dans le texte en vous fondant sur votre propre expérience.

L'équipe qui a conçu le cours a essayé de répondre à un large éventail de besoins. Même si vous venez de milieux totalement différents, avec des expériences différentes des décès maternels, il est probable que vous avez tous la même motivation: vous voulez mieux comprendre les causes des décès maternels pour contribuer à y remédier.

En plus, ce cours est conçu pour vous permettre de tirer parti de votre propre expérience et de vous enrichir au contact des expériences des autres, grâce aux études de cas.

2. Buts du cours

Les buts ci-dessous définissent ce que je veux vous inculquer pendant ce cours.

- | | |
|---------------|---|
| But 1. | Comprendre le rôle central des soins obstétricaux d'urgence dans la réduction des décès maternels |
| But 2. | Utiliser les Indicateurs de Processus pour mesurer les progrès accomplis en termes de réduction des décès maternels |
| But 3. | Analyser les politiques et améliorer la conception des programmes pour faire reculer les décès maternels |

3. Objectifs du cours

Les objectifs du cours et ses modules séparés indiquent ce que vous devriez être capable de faire à la fin de l'étude. À chaque objectif correspondra au moins une question d'auto-évaluation (QAE) que vous découvrirez dans le corps du cours.

Module 1

But: **Comprendre le rôle central des soins obstétriques d'urgence dans la réduction des décès maternels**

Objectif: À la fin de ce Module, vous serez capable de:

1. Expliquer ces termes – décès maternel, mortalité maternelle, morbidité maternelle, rapport de mortalité maternelle, taux de mortalité maternelle, risque à vie, sage-femme professionnelle, accoucheuse traditionnelle, soins obstétriques essentiels et soins obstétriques d'urgence (SOU).
2. Donner la liste des cinq causes directes principales de décès maternel.
3. Expliquer pourquoi les complications obstétriques les plus graves ne peuvent pas être pronostiquées ou évitées.
4. Expliquer pourquoi les initiatives communautaires ne permettent pas à elles seules de faire reculer les décès maternels.
5. Démontrer comment l'absence de SOU est à l'origine de l'incidence élevée des décès maternels.
6. Démontrer comment la disponibilité des SOU fait reculer les décès maternels.
7. Énumérer certaines des différences entre la mortalité maternelle et la mortalité infantile.
8. Comprendre pourquoi les taux de mortalité maternelle sont toujours élevés dans les pays en développement.

Module 2

But: **Utiliser des Indicateurs de Processus pour mesurer les progrès en termes de réduction des décès maternels.**

Objectifs: À la fin de ce Module, vous serez capable de:

1. Définir les termes suivants: indicateurs, indicateurs d'impact, Indicateurs de Processus, soins obstétriques d'urgence (SOU) de base, SOU complets, besoin satisfait en termes de SOU, taux de létalité, évaluation des besoins et discussion de groupe participative.

2. Comprendre les problèmes rencontrés lorsqu'on veut mesurer les décès maternels.
3. Expliquer la différence entre indicateurs d'impact et de processus.
4. Donner les raisons pour lesquelles les indicateurs d'impact ne sont pas pratiques à utiliser lorsqu'il s'agit de suivre les interventions visant à faire reculer les décès maternels.
5. Donner des exemples de questions auxquelles on peut répondre en utilisant les Indicateurs de Processus.
6. Utiliser les Indicateurs de Processus pour choisir les stratégies d'intervention appropriées.
7. Utiliser les Indicateurs de Processus pour suivre les progrès accomplis en termes de réduction des décès maternels.

Module 3

But:

Analyser les politiques et améliorer la conception des programmes pour faire reculer les décès maternels

Objectifs:

À la fin de ce Module, vous serez capable de:

1. Identifier les éléments, dans un échantillon de politiques relatives à la maternité sans risques, qui contribueront à faire reculer les décès maternels.
2. Comparer des interventions choisies en termes d'allocation de ressources stratégiques.
3. Donner des exemples de politiques qui peuvent faire obstacle à la fourniture de SOU.
4. Mener à bien des évaluations des besoins pour identifier les facteurs qui entravent l'utilisation des SOU.
5. Comprendre les raisons des trois Pertes de temps qui entraînent des décès maternels.
6. Identifier les volets des programmes visant à réduire les décès maternels.
7. Choisir les priorités des interventions programmatiques.
8. Planifier le déroulement et le calendrier d'un programme destiné à lutter contre les décès maternels.
9. Expliquer pourquoi il est important de s'assurer que le niveau des SOU est dans la norme avant de mobiliser la communauté pour qu'elle utilise les SOU.
10. Choisir les indicateurs de suivi du programme.

4. Structure et contenu du cours

Ce cours se compose de plusieurs fascicules imprimés: les trois modules, ce guide et le matériel d'évaluation. Les fascicules contiennent la matière enseignée sous une forme structurée et interactive; ils forment l'épine dorsale du cours. Prenez un moment pour feuilleter les modules et le guide d'évaluation.

La matière est conçue de façon à ce que vous puissiez travailler à votre propre rythme et au moment qui vous convient le mieux. Vous y trouverez beaucoup d'études de cas et de questions d'auto-évaluation (QAE). Les QAE sont ici pour vous aider à vous assurer que vous avez atteint les objectifs du cours. La division en sections vous permet d'interrompre votre étude au moment qui vous convient le mieux.

5. Travailler avec un tuteur

Ce cours d'enseignement à distance est le résultat d'une collaboration entre le FNUAP et le programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD) (Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles) de l'École de santé publique de l'Université de Columbia. Le FNUAP est en train de produire cinq autres cours sur des questions de population et de santé de la reproduction dans cette série de modules d'enseignement à distance; il est aussi en train de mettre au point un système qui permettra à l'étudiant de se faire aider par un tuteur. L'AMDD, qui appuie des projets visant à éviter des décès maternels dans près de 50 pays, distribue ce cours à ses partenaires nationaux et internationaux pour leur usage personnel.

Le personnel du FNUAP et ses partenaires recevront de l'aide d'un tuteur. La personne chargée de vous aider prendra contact avec vous, probablement par courrier électronique, lorsque vous commencerez à travailler sur ce matériel pour vous expliquer comment elle peut vous aider. Il peut s'agir d'entrevues ou d'aide individuelle par téléphone et par courrier électronique. Dans la majorité des cas, le tuteur répondra par courrier et par conférence électroniques. Prenez contact avec votre tuteur chaque fois que vous aurez besoin d'aide. Il répondra à vos questions et fera tout son possible pour vous aider. Assurez-vous dès que possible que vous pouvez recevoir et envoyer des messages électroniques, et que les administrateurs du cours connaissent votre adresse électronique.

Les partenaires de l'AMDD sont encouragés à créer des groupes d'étude pour discuter du cours et renforcer leur apprentissage individuel. Vous pouvez également demander conseil et assistance au spécialiste du projet AMDD, en cas de nécessité. En outre, vous pouvez prendre contact avec le bureau du FNUAP dans votre pays pour savoir si vous pouvez vous inscrire à ce cours, bénéficier de son système de tuteurs et recevoir le certificat délivré à la fin du cours au personnel et aux partenaires du FNUAP.

6. Évaluation

Le personnel et les partenaires du FNUAP qui sont inscrits dans ce cours doivent rendre trois devoirs. Ce sont des travaux écrits que vous devez préparer et envoyer à votre tuteur. Les deux premiers devoirs sont des évaluations « de formation ». Cela signifie qu'ils donneront au tuteur des indications sur votre travail, ce qui lui permettra de vous aider. Les commentaires qu'il fera vous indiqueront comment améliorer vos réponses. L'interaction avec votre tuteur est très importante; faites bien ces trois devoirs d'évaluation.

Le troisième devoir portera sur toute la matière du cours. Les trois devoirs doivent être rendus. Les candidats qui rendront leurs trois devoirs recevront un certificat.

7. Commencer

Si vous avez lu et compris ce guide, vous pouvez vous mettre au travail. Commencez par le Module 1 et gardez en mémoire les conseils donnés dans ce guide.

Bonne chance!

8. Guide d'évaluation de l'étudiant

Note aux étudiants

Ce document contient trois devoirs, faits pour tester votre degré de compréhension du cours. Ils ne sont pas obligatoires, vous pouvez donc choisir de les faire ou non. Les devoirs 1 and 2 sont formatifs dans la mesure où le tuteur vous donnera son feedback après avoir coté le devoir.

Ce feedback vous aidera à comprendre la matière and à vous préparer pour le devoir final. Vous serez informé de votre cote pour chaque devoir. Cette cote restera confidentielle entre votre tuteur et le Centre de Turin.

Vous devez soumettre les trois devoirs correspondant à ce cours pour recevoir le certificat final, qui vous sera envoyé lorsque vous aurez terminé le cours. Un classement du type Réussi/Echoué ne sera pas utilisé.

Chaque devoir doit être effectué par vous même, travaillant seul(e). Vous pouvez utiliser le matériel du cours pour les réaliser. Chacun doit être soumis à votre tuteur par courrier électronique pour les dates indiquées.

Les devoirs 1 and 2 devraient vous prendre environ 1 heure chacun et le devoir final environ 1 heure et demie.

Devoir 1 (portant sur le Module 1)

50 points

Question

Définissez le décès maternel, et, avec vos propres mots, discutez la proposition suivante : les Soins Obstétricaux d'Urgence sont considérés comme un point central pour la réduction de la mortalité maternelle.

Ecrivez environ 500 mots, en faisant référence à :

1. Les causes majeures de décès maternels
2. La prédiction des complications obstétricales
3. La prévention des complications obstétricales
4. La distribution et la disponibilité des services de santé
5. Les initiatives à base communautaire

Devoir 2 (portant sur le Module 2)

50 points

Question 1

Nommez deux indicateurs d'impact pour la mortalité maternelle. Montrez leurs avantages et leurs limites.

Question 2

Nommez quatre Indicateurs de Processus portant sur la disponibilité et l'utilisation des SOU. Montrez en termes simples leurs avantages et leurs limites.

Devoir final (portant sur les trois Modules)

100 points

Question 1

Lequel des trois scénarios présentés dans le Module 2 se rapproche le plus de la situation dans votre pays ou votre province? Expliquez votre choix et les différences entre le scénario choisi et la situation dans votre pays ou votre province.

Question 2

Donnez des exemples de politiques qui peuvent faire obstacle aux SOU. Y a-t-il des politiques ou un vide politique dans votre pays qui pourraient faire obstacle aux SOU? Justifiez votre réponse en 400 mots environ.

Question 3

Fixer des priorités est essentiel pour concevoir des programmes efficaces de réduction des décès maternels. Discutez cette affirmation dans le contexte des trois Pertes de temps. Votre réponse doit comporter environ 400 mots.

Notes

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Notes

[illegible]

Système d'enseignement à distance sur des questions de population



UNFPA
United Nations
Population Fund

Columbia University
Averting Maternal
Death & Disability
(AMDD) Program



Cours 6

Réduire les décès maternels : choisir les priorités, suivre les progrès

Module 1

Comprendre les causes des décès maternels



Système d'enseignement à distance sur des questions de population

Cours 6

**Réduire les décès maternels :
choisir les priorités,
suivre les progrès**

MODULE 1 :

**Comprendre les causes des
décès maternels**

REMERCIEMENTS

Ces modules ont été conçus par Nadia Hijab, consultante en développement à New York, avec l'aide des personnes suivantes :

- Dr Marc Derveeuw, conseiller régional SR/PF en gestion, Équipe d'appui du FNUAP, Harare;
- Dr Mamadou Diallo, conseiller régional SR/PF, Équipe d'appui du FNUAP, Dakar;
- Dr France Donnay, Chef de l'Unité de la Reproduction, Division de l'Appui Technique, FNUAP New York;
- Dr Elizabeth Goodburn, conseillère en santé de la reproduction, Centre for sexual and reproductive Health, John Snow International (RU), Londres;
- Dr Jean-Claude Javet, conseiller de projets, Service de santé en matière de reproduction, Division de l'appui technique, FNUAP New York;
- Dr Deborah Maine, Directrice, Averting Maternal Death and Disability Program (Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles), Université de Columbia, New York.

La production de ce cours a été appuyée par le Programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD) de l'école Mailman de Santé Publique de l'Université de Columbia, avec des fonds fournis par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Les modules qui constituent ce cours sont le résultat des contributions de plusieurs personnes dont les noms et les affiliations institutionnelles sont cités ci-dessous. Ce cours fait partie d'une initiative conjointe du Programme des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'École des cadres du système des Nations Unies. Il a pour but d'élargir considérablement la portée de l'enseignement et de l'apprentissage sur des questions de population partout dans le monde grâce à l'enseignement à distance. Le financement est assuré grâce à une subvention généreuse de la Fondation pour les Nations Unies et à une contribution en espèces du Gouvernement français.

Ont participé à ce projet au nom de l'École des cadres du système des Nations Unies à Turin (Italie) : Arnfinn Jorgensen-Dahl, administrateur de projet, Laurence Dubois, responsable de projet et Martine Macouillard, secrétaire de projet, en consultation avec deux membres du personnel de l'Open University au Royaume-Uni, Glyn Martin et Anthony Pearce.

Nous remercions également la Division de l'appui technique et la Division des relations intérieures et extérieures du FNUAP à New York, ainsi que les Équipes d'appui du FNUAP pour leur soutien.

Maquette et mise en page de la couverture : Multimedia Design and Production – Centre de formation international de l'OIT – Turin (Italie)

Photos : Nancy Durrell McKenna, FAO, OIT, Alberto Ramella, Giò Palazzo.

Photos p. 15, 31, 36 et 41 prises par Czikus Carriere pour le compte de l'AMDD.

© Fonds des Nations Unies pour la population, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ou de l'École des cadres du système des Nations Unies.

MODULE 1 :

Comprendre les causes des décès maternels

Table des matières

Introduction au cours	2
But du module 1	3
Objectifs du module 1	3

Section 1 : Décès maternels

1.0	Introduction aux décès maternels	4
1.1	Définition des décès maternels	4
1.2	Moyens « conventionnels » utilisés pour mesurer la mortalité maternelle	6
1.3	Résumé de la section 1	9

Section 2 : Les causes des décès maternels

2.0	Introduction aux causes des décès maternels	11
2.1	Les causes des décès maternels	11
2.2	Résumé de la section 2	13

Section 3 :

Efforts déjà déployés pour
lutter contre les décès
maternels dans les pays en
développement

3.0	Introduction	15
3.1	Efforts précédents visant à lutter contre les décès maternels dans les pays en développement	15
3.2	Résumé de la section 3	28

Section 4 :

Nature particulière de la
mortalité maternelle

.....	29
-------	----

Section 5 :

Le rôle central des soins
obstétriques d'urgence

5.0	Introduction	31
5.1	Définition des soins obstétriques d'urgence	31
5.2	Rôle central des SOU dans la réduction des décès maternels	32
5.3	Temps et ressources pour les SOU	41
5.4	Résumé de la section 5	43

Section 6 :

Résumé du Module 1	44
Réponse aux QAE	45
Glossaire	49
Lectures recommandées	52
Références	52

«Pour notre projet sur la mortalité maternelle, on m'a demandé de passer 24 heures dans un dispensaire rural et d'observer. Pendant la nuit, une femme a été admise pour accoucher. L'accouchement s'est bien passé et la mère et l'enfant étaient en bonne santé.

Tout à coup, la femme a commencé à avoir des crises. Les deux membres de l'équipe de garde ne savaient pas quoi faire. Ils n'avaient jamais été confrontés à une urgence de ce genre auparavant. Je leur ai demandé des médicaments pour calmer les spasmes de la patiente, mais il n'y avait aucun médicament à la clinique, pas même du valium.

Je suis infirmière et sage-femme et j'ai 20 ans d'expérience. Mais sans médicament, je ne pouvais absolument rien faire pour cette femme, si ce n'est l'empêcher d'avaler sa langue. Je l'ai regardée, impuissante, être secouée de spasmes pendant cinq heures. Et puis, elle est morte... et puis, elle est morte. »

Infirmière/sage-femme kényenne

1999

Introduction au cours

Voici le premier module de notre cours sur les décès maternels. Le cours se compose de trois modules. Il faut compter environ 40 heures d'étude pour couvrir l'ensemble du cours. Ce module est une introduction qui porte sur les décès maternels.

En tant qu'auteur, le but vers lequel j'ai tendu en préparant ce cours est expliqué sous la rubrique « But du cours », à la page suivante. Ce que j'espère que vous serez capable de faire à la fin de ce cours est décrit dans les « objectifs » du cours, juste après.

Il vous faudra environ 14 heures pour étudier ce module. Quatorze heures, cela peut vous sembler long pour une introduction. Mais vous devez savoir que le Module 1 vous donnera des bases qui vous permettront d'acquérir les outils nécessaires pour que les politiques et les programmes aient un meilleur impact sur les décès maternels.

À la fin de ce module, vous pourrez établir la liste des principales causes de décès maternels et définir plusieurs termes utilisés dans ce contexte. Vous serez capable d'expliquer la différence entre la mortalité maternelle et d'autres problèmes de santé, comme la mortalité infantile.

Après avoir étudié ce module, vous pourrez expliquer pourquoi les soins obstétricaux d'urgence sont la clé de la réduction des décès maternels. Vous pourrez aussi expliquer pourquoi la majorité des complications qui sont à l'origine des décès maternels ne peuvent ni être pronostiquées ni être évitées, mais qu'elles peuvent être traitées efficacement quand elles se produisent. Vous comprendrez pourquoi l'incidence de la mortalité maternelle est toujours élevée dans les pays en développement.

Les deux autres modules du cours vous feront connaître les indicateurs utilisés pour évaluer les progrès en matière de mortalité maternelle (Module 2), ainsi que les moyens de s'assurer que les politiques et programmes nationaux vont dans le sens d'une réduction des décès maternels (Module 3).

J'ai étayé le texte d'illustrations et d'études de cas pour vous donner des exemples de problèmes que d'autres ont réellement rencontrés dans leur lutte contre les décès maternels. Nombre de praticiens de la santé se sont attelés à ces questions. Ils ont trouvé des moyens d'administrer rapidement des soins obstétricaux d'urgence aux femmes qui en ont besoin, ce qui permet de sauver la plupart des vies en danger. C'est faisable.

À mesure que vous progresserez dans votre étude, vous rencontrerez un certain nombre de questions d'auto-évaluation (QAE). Elles vous permettront de savoir si vous avez bien assimilé la matière avant de passer à la section suivante. Vous devriez essayer de répondre à ces questions. Les réponses se trouvent à la fin du module. Essayez de répondre par écrit avant de vérifier la réponse.

But et objectifs du Module 1

But :

Comprendre le rôle central des soins obstétricaux d'urgence dans la réduction des décès maternels

Objectifs :

À la fin de ce module, vous pourrez :

1. Expliquer ces termes – décès maternels, mortalité maternelle, morbidité maternelle, rapport de mortalité maternelle, taux de mortalité maternelle, risque à vie, sage-femme professionnelle, accoucheuse traditionnelle, soins obstétricaux essentiels (SOE) et soins obstétricaux d'urgence (SOU) (QAE 1, QAE 2, QAE 3, QAE 4)
2. Donner les cinq causes directes principales de décès maternel (QAE 5, QAE 6, QAE 7)
3. Expliquer pourquoi la plupart des complications obstétricales graves ne peuvent pas être pronostiquées ou évitées (QAE 8, QAE 9, QAE 10)
4. Expliquer pourquoi les initiatives communautaires ne permettent pas à elles seules de faire reculer les décès maternels (QAE 11, QAE 12, QAE 13, QAE 14, QAE 15)
5. Exposer certaines différences entre la mortalité maternelle et la mortalité infantile (QAE 16, QAE 17)
6. Montrer comment l'absence de SOU peut favoriser une incidence élevée de décès maternels (QAE 18, QAE 19)
7. Montrer comment la disponibilité des SOU fait reculer les décès maternels (QAE 20, QAE 21, QAE 22)
8. Comprendre pourquoi les taux de mortalité maternelle sont toujours élevés dans les pays en développement (QAE 23)

Section 1 : Décès maternels

1.0 Introduction aux décès maternels

Dans cette section, je vous exposerai rapidement le problème des décès maternels et vous donnerai quelques informations sur les régions où ce problème est le plus grave aujourd'hui. Je définirai également les termes suivants : décès maternels, mortalité maternelle, morbidité maternelle, indice de mortalité maternelle, taux de mortalité maternelle et risque à vie. À la fin de cette section, vous serez capable de décrire la gravité du problème et d'appliquer vos connaissances à votre propre pays.

1.1 Définition des décès maternels

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 515 000 par an le nombre de décès maternels dans le monde (OMS/UNICEF/FNUAP, 2001). Cela représente plus d'un décès par minute. La définition donnée par l'OMS des décès maternels se trouve dans l'encadré 1.

La définition de l'OMS décrit clairement les décès qui entrent dans la catégorie de la mortalité maternelle. La mort doit avoir été causée par une complication liée à la grossesse de la femme. La complication peut intervenir quand elle est enceinte, quand elle accouche et dans les 42 jours qui suivent la fin de la grossesse.

Ainsi, par exemple, si une femme enceinte meurt dans un accident de voiture, c'est tragique, mais ce n'est pas un décès maternel : la cause de son décès n'est pas liée à sa grossesse. Je vous donnerai la liste des principales causes de décès liées à la grossesse dans la section 2.

Vous devez vous demander d'où sortent ces 42 jours, ou six semaines. C'est en fait un choix arbitraire. Dans plusieurs cultures, on considère qu'une période de 40 jours est nécessaire pour qu'une femme se remette totalement de sa grossesse. Il n'en reste pas moins vrai qu'une femme peut mourir de causes liées à la grossesse après plus de 42 jours. Mais dans ce cours, on utilisera la définition de l'OMS.

Vous avez probablement rencontré souvent l'expression « mortalité maternelle ». Cette expression est synonyme de « décès maternels » mais c'est l'expression consacrée dans les

Encadré 1

Un décès maternel est «le décès d'une femme enceinte ou un décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, quel que soit le siège ou la durée de cette dernière, et dont la cause est liée ou aggravée par la grossesse ou la prise en charge de celle-ci, mais n'est pas due à des causes accidentelles».

statistiques. Par exemple, vous verrez que je me réfère aux rapports de décès maternels dans la section 1.2.

Pendant ce cours, j'utiliserai l'expression « décès maternels » pour décrire le problème lui-même et l'expression « mortalité maternelle » quand je ferai référence aux statistiques sur ce problème.

En plus des décès maternels, entre 18 et 60 millions de femmes par année souffrent de maladies et d'incapacités provoquées par la grossesse (UNICEF, 1999). L'une des maladies les plus graves est la fistule obstétrique (qui peut intervenir après une dystocie d'obstacle et entraîne un écoulement continu de l'urine et des matières fécales). L'expression « morbidité maternelle » se rapporte aux maladies et incapacités liées à la grossesse.

Je parlerai surtout des décès maternels et moins de la morbidité maternelle dans ce cours. Je voulais simplement définir l'expression « morbidité maternelle » et vous expliquer que beaucoup d'urgences qui entraînent une morbidité maternelle chronique pourraient être traitées comme les urgences qui entraînent des décès maternels, et donc être évitées.

Où les décès maternels surviennent-ils aujourd'hui? Sur le total, 99 % des décès surviennent en Afrique, en Asie et en Amérique latine, c'est-à-dire dans des pays en développement. Un pour cent seulement de ces décès surviennent dans des pays développés. Vous pensez peut-être que l'on pouvait s'y attendre car toutes sortes de décès inutiles surviennent dans les pays en développement à cause de la pauvreté et de l'analphabétisme.

Toutefois, l'écart entre les pays développés et les pays en développement est beaucoup plus grand pour les décès maternels que pour tout autre problème de santé.

Par exemple, au Bangladesh, en Égypte, en Inde et en Indonésie, plus d'un décès sur cinq de femmes en âge d'avoir des enfants est lié à la grossesse (Maine, 1991). En comparaison, aux États-Unis, un décès sur 200 seulement chez les femmes en âge d'avoir des enfants est un décès maternel.

Au total, les décès maternels représentent souvent plus d'un quart des décès de femmes dans les pays en développement. En comparaison, ces décès représentent moins de 1 % des décès de femmes dans les pays développés.



Nancy Durrell McKenna

1.2 Moyens « conventionnels » utilisés pour mesurer la mortalité maternelle

Comment mesurez les progrès accomplis en matière de réduction de la mortalité maternelle? Dans les prochains paragraphes, je vous ferai connaître les deux moyens généralement utilisés : le premier est un rapport et le second un taux.

Encadré 2

Rapport de mortalité maternelle:
nombre de décès maternels
pour 100 000 naissances
vivantes

Encadré 3

Taux de mortalité maternelle:
nombre de décès maternels
pour 100 000 femmes en âge
d'avoir des enfants, par année

Le rapport de mortalité maternelle est la mesure la plus couramment utilisée. Il est défini comme étant le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En d'autres termes, il exprime le risque de décès chez les femmes quand elles sont enceintes.

Le rapport nous donne une image saisissante des risques auxquels les femmes enceintes sont exposées dans chaque pays. Par exemple, le rapport de mortalité maternelle est estimé à 850 au Bangladesh (OMS et UNICEF, 1996). En Inde, le rapport estimé est de 570. En Éthiopie, il est de 1 400, en Indonésie de 650, en Égypte de 170, en Jamaïque de 120 et en Colombie de 100. Ces statistiques sont d'autant plus horribles que pratiquement toutes les femmes qui meurent pourraient être sauvées. Aux États-Unis, le rapport est de 12.

Maintenant, vous devez vous souvenir que certaines personnes font référence au rapport de mortalité maternelle en employant l'expression « taux » de mortalité maternelle. Mais il ne s'agit pas réellement d'un taux, car le numérateur (les décès maternels) ne fait pas partie du dénominateur (les naissances vivantes), et l'élément temps n'a pas été mis en facteur.

Le taux réel de mortalité maternelle est le nombre de femmes qui meurent de causes maternelles pour 100 000 femmes en âge de procréer, chaque année. Dans ce cas, le numérateur (décès maternels) fait partie du dénominateur (femmes en âge de se reproduire) et l'élément temps est mis en facteur. Ce taux nous montre l'impact annuel des décès maternels sur la population totale des femmes en âge d'avoir des enfants.

Le taux de mortalité maternelle est moins couramment utilisé que le rapport de mortalité maternelle. Certains exemples de taux nationaux de mortalité maternelle calculés au début des années 90 sont : Malawi, où chaque année 160 femmes sur 100 000 femmes en âge d'avoir des enfants risquent de mourir de complications liées à la grossesse; Sénégal, où le taux est



Nancy Durrell McKenna

de 110; Bolivie 60; Indonésie 40; Égypte et Philippines 30. Aux États-Unis, le taux de mortalité maternelle n'est que de 3 (Stanton, 1997).

Le taux nous dit quel est l'impact des décès maternels sur la population féminine. Mais il y a encore un autre moyen, plus éloquent, d'envisager le problème et c'est de voir dans quelle mesure il affecte une femme en moyenne. Comme vous le savez, la plupart des femmes sont enceintes plus d'une fois. Mais vous n'avez peut-être pas beaucoup réfléchi – en tous cas, moi, je n'y avais pas pensé – au fait suivant : chaque fois qu'une femme est enceinte, elle court à nouveau le risque de mourir de complications liées à la maternité.



FAO photo/Faidutti

C'est ce qu'on appelle le risque d'une femme à vie. Il s'agit du risque moyen associé à la grossesse (le rapport de mortalité maternelle), avec le nombre moyen de fois qu'une femme est enceinte. Des estimations du risque à vie ont été calculées pour différentes régions géographiques : 1 sur 16 pour l'Afrique, 1 sur 65 pour l'Asie, 1 sur 130 pour l'Amérique latine et les Caraïbes et 1 sur 3 200 pour l'Europe occidentale (OMS et UNICEF, 1996).

En d'autres termes, aux niveaux actuels de fécondité et de mortalité, une femme sur 16 en Afrique mourra de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, tandis qu'en Europe, la probabilité que cela se produise est de 1 sur 3 200 femmes.

Tableau 1.
Mortalité maternelle par régions de l'ONU (estimations)

	Rapport de mortalité maternelle	Risque de décès maternel à vie
Total mondial	430	60
Afrique	870	16
Asie	390	65
Europe	36	1,400
Europe de l'Ouest	17	3,200
Amérique latine et Caraïbes	190	130
Amérique du Nord	11	3,700
Australie-Nouvelle Zélande	10	3,600

Source : OMS et UNICEF, 1996

Vous vous demandez peut-être si le rapport de mortalité maternelle a été calculé ou estimé pour votre pays. Si cela ne vous prend pas trop de temps, vous pourriez utilement rechercher le rapport de mortalité maternelle de votre pays. Vous pouvez vous référer à l'OMS et à l'UNICEF, 1996. Voyez par vous-même quels sont les risques auxquels sont exposées les femmes de votre pays, entre le rapport de 1 400 femmes pour 100 000 naissances vivantes pour l'Éthiopie et celui de 100 femmes pour 100 000 naissances vivantes pour la Colombie.

Cependant, si vous ne trouvez pas ce rapport pour votre pays, ne perdez pas trop de temps à le chercher. L'expérience prouve que la mortalité maternelle est très difficile à mesurer avec précision. Même dans les pays développés, où pratiquement tous les décès sont déclarés, on ne trouve souvent pas trace du fait qu'une femme était enceinte quand elle est morte ou peu avant son décès. Dans les pays en développement, beaucoup de décès ne sont pas déclarés et la cause du décès n'est souvent pas indiquée.

Donc, les chiffres que je vous ai donnés sont des estimations même s'ils se fondent sur les meilleures informations disponibles et sont utilisés par tout le monde. Ces estimations ont pour but de mettre en évidence la gravité de ce problème et de révéler la disparité entre les pays développés et les pays en développement.

Il serait extrêmement coûteux et prendrait beaucoup trop de temps de calculer exactement le rapport de mortalité maternelle pour chaque pays. Cet argent serait utilisé plus utilement dans des programmes destinés à réduire les décès maternels.

Dans ce cas, pouvez-vous vous demander, comment connaître la gravité du problème auquel nous sommes confrontés et élaborer des interventions appropriées? Et comment savoir quand nos programmes font une différence?

Ce sont de bonnes questions. Et grâce aux efforts conjoints des Nations Unies, de l'Université de Columbia et d'autres organismes, nous avons des moyens de mesurer et de comparer les données. Nous pouvons utiliser des Indicateurs de Processus pour mesurer les problèmes et suivre les progrès d'une manière pertinente pour les politiques et les programmes nationaux. Ces indicateurs seront le thème principal du Module 2.

1.3 Résumé de la section 1

Dans cette section, j'ai défini les termes suivants : décès maternels, mortalité et morbidité maternelles, ainsi que rapport de mortalité maternelle, taux de mortalité maternelle et risque à vie. J'ai également décrit la gravité du problème et je vous ai aidé à comprendre comment il touche votre pays. J'ai mentionné qu'il était très difficile de mesurer la mortalité maternelle avec précision. Je m'étendrai davantage sur ces problèmes dans le Module 2.

Dans les quatre autres sections de ce module, je parlerai des causes principales des décès maternels, je décrirai brièvement les efforts déployés pour lutter contre ce problème, j'expliquerai certaines des différences entre la mortalité maternelle et la mortalité infantile et je dirai pourquoi les soins obstétricaux d'urgence ont un rôle central à jouer dans la réduction de la mortalité maternelle.

Mais d'abord, quelques QAE. Essayez de répondre à chacune des questions ci-dessous avant de vérifier les réponses à la fin de ce module. Si vous avez essayé de répondre et que vous avez l'impression que vous comprenez bien la matière, passez à la section 2. Si vous avez eu de la peine à répondre, il serait peut-être utile de revoir certains passages de la section 1.



QAE I

En 30 mots maximum, définissez l'expression « décès maternels ».

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 2

Donnez le rapport estimatif de mortalité maternelle pour l'Égypte, la Colombie et le Bangladesh

PAYS	Rapport de mortalité maternelle
Égypte	
Colombie	
Bangladesh	



QAE 3

En 30 mots maximum, donnez la différence entre le rapport de mortalité maternelle et le taux de mortalité maternelle

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 4

En trois propositions, décrivez la gravité des décès maternels dans les pays en développement.

1.

.....

.....

2.

.....

.....

3.

.....

.....

Section 2 : Les causes des décès maternels

2.0 Introduction aux causes des décès maternels

Dans cette courte section, je vais vous expliquer quelles sont les principales causes des décès maternels. Vous apprendrez qu'il y a cinq états pathologiques qui sont à l'origine de la majorité des décès maternels dans les pays en développement. Vous apprendrez également que la technologie qui permet de prendre en charge la majorité des complications qui risquent d'intervenir pendant la grossesse existe depuis des décennies.

2.1 Les causes des décès maternels

Il y a deux causes aux décès maternels : soit une complication qui est le résultat direct de la grossesse, de l'accouchement ou de la période post-partum (le « décès obstétrique direct ») soit un état pathologique qui existait déjà (le « décès obstétrique indirect »).

Encadré 4

Décès obstétrique direct :
un décès maternel dû à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum

Encadré 5

Décès obstétrique indirect :
un décès dû à un état pathologique qui s'est aggravé à cause de la grossesse ou de l'accouchement

Les décès obstétricaux indirects sont dus à des états pathologiques, comme le paludisme, l'anémie, l'hépatite, le rhumatisme cardiaque ou le VIH et le sida, dont une femme peut souffrir dans un pays en développement. Ces problèmes peuvent être aggravés par la grossesse et entraîner la mort.

Les décès obstétricaux indirects représentent environ 25% de tous les décès maternels dans les pays en développement. Ce pourcentage augmente à cause de l'impact du VIH et du sida, qui se propagent à travers toute l'Afrique subsaharienne et les autres pays avec des effets dévastateurs. (En 1988, selon les estimations, environ 2 millions de femmes séropositives ont donné naissance à des enfants.) Dans plusieurs grandes villes d'Afrique orientale et australe, plus d'un quart des femmes enceintes sont séropositives. Les femmes porteuses du VIH courent plus de risques que les autres de souffrir de complications pendant la grossesse et l'accouchement ou d'avorter.

Les décès obstétricaux directs représentent environ 75% de tous les décès maternels dans les pays en développement. En d'autres termes, il y a trois fois plus de décès obstétricaux directs que de décès obstétricaux indirects. Les décès obstétricaux directs sont surtout provoqués par cinq problèmes médicaux, énumérés par ordre d'importance :

- les hémorragies
- les complications à la suite d'un avortement non médicalisé
- l'hypertension provoquée par la grossesse (éclampsie)
- la dystocie d'obstacle (y compris la rupture de l'utérus)
- les infections

Comme vous pouvez le constater en regardant la figure 1, ces cinq causes sont responsables de la grande majorité (86 %) des décès obstétricaux directs; les 14 % restants des décès obstétricaux directs sont provoqués par diverses autres causes.

Si vous regardez la figure 2, vous verrez qu'en fait les cinq causes médicales responsables des décès obstétricaux directs représentent près des deux tiers de tous les décès maternels. (Comme noté ci-dessus, le VIH/sida pourrait modifier ce tableau.)

Figure 1
Décès obstétricaux directs

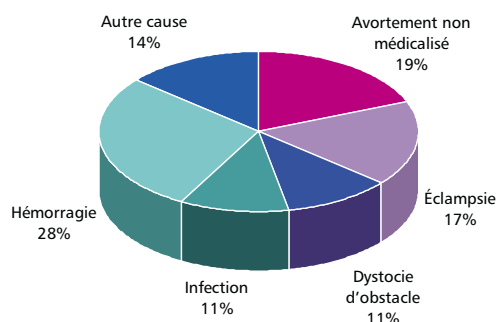
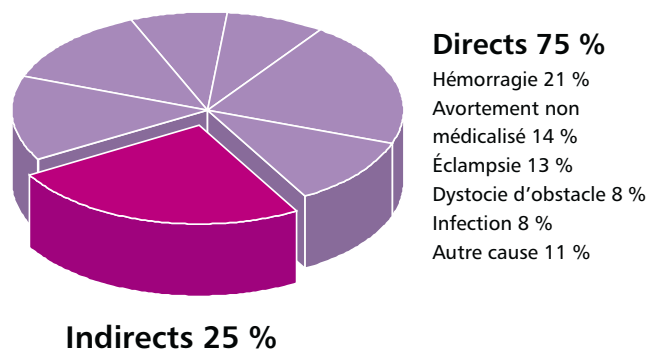


Figure 2
Tous les décès maternels



Ce qui est tragique c'est que ces causes ne doivent pas nécessairement entraîner la mort. Si elles peuvent être traitées à temps, pratiquement toutes les femmes qui souffrent de ces complications peuvent être sauvées. En effet, la technologie médicale qui permet de prévenir pratiquement tous les décès provoqués par des complications obstétriques courantes existe depuis près d'un demi-siècle.

Beaucoup de complications peuvent être traitées avant qu'elles ne deviennent des urgences et pratiquement toutes les urgences peuvent être soignées. Vous devez vous demander si les pays en développement ont réellement les moyens de se doter de la technologie nécessaire pour prendre en charge ces urgences. En fait, cette technologie est relativement simple et bon marché. Elle comprend, par exemple, les transfusions sanguines, les antibiotiques et autres médicaments, les césariennes et les avortements médicalisés.

Aujourd'hui, dans les pays développés où cette technologie existe, les complications comme les hémorragies et les infections, qui représentent 21 % et 8 %, respectivement, des décès maternels dans les pays en développement, sont rarement fatales. Comme indiqué dans la section précédente, le rapport de mortalité maternelle dans un pays comme les États-Unis n'est que de 12 pour 100 000 naissances vivantes. La plupart des décès maternels aux États-Unis sont dus à des problèmes médicaux plus difficiles à traiter, comme l'embolie.

2.2 Résumé de la section 2

Dans cette section, j'ai défini les expressions décès obstétrique direct et indirect. J'ai expliqué quelles étaient les causes des décès maternels et montré que cinq problèmes médicaux étaient responsables de la majorité des décès maternels. J'ai mentionné que nous possédions depuis plusieurs décennies la technologie qui permet de traiter ces complications et que les femmes des pays développés succombaient rarement aux complications obstétriques courantes qui entraînent la mort dans les pays en développement.





QAE 5

Donnez la liste des cinq principales causes médicales de décès maternels

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....



QAE 6

Vrai ou faux?

		VRAI	FAUX
a.	La principale cause médicale de décès maternel dans les pays en développement est la dystocie d'obstacle.		
b.	En général, des états pathologiques préexistants sont responsables de la majorité des décès maternels.		
c.	Environ 75 % des décès maternels sont dus à des complications qui interviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum.		



QAE 7

Quelle est la principale cause médicale de décès maternels?

-

Section 3 : Efforts déjà déployés pour lutter contre les décès maternels

3.0 Introduction

Dans les deux premières sections, vous avez appris à définir les décès maternels et à connaître les statistiques (par exemple rapport et taux) qui sont généralement utilisées pour évaluer la mortalité maternelle. Vous avez également appris quelles sont les cinq causes médicales principales des décès maternels.

Dans cette section, j'examinerai certaines des mesures qui ont été tentées pour faire reculer les décès maternels dans les pays en développement au cours des deux dernières décennies. Vous constaterez que certaines d'entre elles avaient pour but de pronostiquer quelles étaient les femmes qui risquaient d'avoir des complications obstétriques pour pouvoir les éviter. D'autres tentatives ont porté sur la formation des « accoucheuses traditionnelles ». D'autres initiatives encore ont porté sur l'information communautaire.

Je vous soumettrai des études de cas qui révèlent pourquoi il est en fait presque impossible de pronostiquer ou de prévenir les complications obstétriques les plus graves. À la fin de la section, vous aurez les connaissances de base nécessaires pour passer à la section 4 et vous comprendrez le rôle central des soins obstétriques d'urgence dans la réduction des décès maternels.



Czikus Carriere

3.1 Efforts déjà déployés pour lutter contre les décès maternels dans les pays en développement

L'intérêt que la planète porte aux décès maternels dans les pays en développement et l'engagement à faire face à ce problème ont trouvé leur expression lors d'une conférence internationale qui s'est déroulée à Nairobi, Kenya, en 1987, et qui a permis de lancer l'Initiative de la maternité sans risques.

L'objectif qui consiste à faire reculer les décès maternels a été réaffirmé lors d'une série de conférences internationales au cours des années 90, qui ont permis de fixer comme cible la réduction de moitié de la mortalité maternelle en l'an 2000. Il s'agit notamment du Sommet mondial pour les enfants de 1990, organisé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) à New York, de la Conférence internationale sur la population et le développement, organisée en 1994 par le

FNUAP au Caire et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, organisée en 1995 par l'ONU à Beijing.

En juillet 1999, l'examen des progrès accomplis cinq ans après la Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD+5) a permis de réaffirmer l'engagement de réduire la mortalité maternelle comme priorité du secteur de la santé.

Malheureusement, les décès maternels continuent à stagner à un niveau inacceptable dans les pays en développement. C'est pourquoi il est si important de comprendre pourquoi la fréquence de ces décès est toujours aussi élevée, ce qui est le thème de ce module.

Pour comprendre quelles sont les initiatives qui peuvent réellement faire diminuer le nombre de décès maternels, il est utile de passer en revue certains des efforts qui ont été déployés au fil des ans. Dans les prochaines pages, j'examinerai trois types d'initiatives : les activités de dépistage chez les femmes de façon à pronostiquer et prévenir les complications obstétriques; la formation des accoucheuses traditionnelles; et l'information communautaire.

3.1.1 Pronostic et prévention

Quand on y réfléchit, il semble utile d'essayer d'identifier les femmes qui risquent le plus de souffrir de complications obstétriques. Par exemple, j'ai mentionné dans la section 2 que certains états pathologiques préexistants étaient responsables de 25 % des décès maternels dans les pays en développement. Il s'agit notamment du VIH/sida, du paludisme, de l'anémie et de l'hépatite.

Dans les pays développés, la plupart des femmes enceintes vont consulter leur médecin et se rendent dans un dispensaire pendant leur grossesse. Dans les pays en développement, ces consultations sont beaucoup moins fréquentes, en raison notamment du manque de ressources pour créer des dispensaires et d'autres facteurs, tels que les distances que les femmes doivent parcourir dans les zones rurales pour se rendre dans ces établissements.

Les visites prénatales sont utiles pour l'état de santé général de la femme et de l'enfant qu'elle attend. Ces consultations permettent certainement d'identifier et de traiter des problèmes de santé préexistants, qui font partie des causes indirectes des décès obstétriques.

Mais que nous disent ces consultations sur les causes obstétriques directes des décès maternels qui, nous le savons, représentent 75 % de ces décès? Faut-il essayer d'examiner toutes les femmes enceintes pour identifier ces causes? La question spécifique que j'aimerais que vous gardiez en mémoire pendant que nous avançons dans cette section est la suivante : le seul fait d'examiner les femmes enceintes nous permettra-t-il de dire qui court le risque de souffrir de complications obstétriques et nous aidera-t-il à prévenir ces complications?

Certains problèmes surgissent pendant la naissance et peuvent être diagnostiqués pendant les visites prénatales, par exemple les petits saignements, un fœtus qui se présente mal, l'hypertension et d'autres problèmes. Les saignements mineurs peuvent être un signe précurseur indiquant qu'une hémorragie grave risque de se produire



Photodisc

pendant la grossesse et avant la naissance (hémorragie antepartum). De même, on peut diagnostiquer l'hypertension et le médecin peut prescrire le repos au lit, des sédatifs et des médicaments pour éviter qu'elle ne mette la vie de la mère en danger.

Le fait est que, si ces problèmes sont diagnostiqués, c'est qu'ils existent déjà. Ils n'ont donc pu être ni pronostiqués ni évités, mais ils sont traités avant d'entraîner des complications qui mettent la vie de la mère en danger. Et, malgré toutes ces précautions, une grosse hémorragie antepartum peut toujours se produire. Si et quand elle se produit, l'hémorragie peut être traitée dans un établissement équipé pour pratiquer des interventions chirurgicales, ce qui en fait n'est pas le cas de la plupart des services de consultations prénatales.

Mais surtout, il faut savoir que malgré le dépistage, il est impossible de pronostiquer les hémorragies graves qui peuvent se produire après l'accouchement (hémorragies post-partum). Vous vous souvenez que les hémorragies sont la cause principale de décès des femmes enceintes dans les pays en développement. Elles sont responsables d'un tiers des décès obstétriques directs et d'un cinquième de tous les décès maternels. Nous ne pouvons ni pronostiquer ni prévenir la plupart des hémorragies post-partum. Et il faut un personnel qualifié, des équipements et des fournitures médicales pour les traiter lorsqu'elles se produisent.

En ce qui concerne l'éclampsie, les études ont révélé que nombre de cas d'éclampsie peuvent intervenir sans signe annonciateur pendant et après l'accouchement. Dans les pays en développement, l'éclampsie est responsable de 17 % des décès obstétriques directs et de 13 % de tous les décès maternels.

L'éclampsie était la cause du décès de la femme dont parlait l'infirmière kényenne au début de ce module. Elle s'est manifestée après l'accouchement. Elle est apparue soudainement et de manière totalement imprévisible. Pourtant, la femme aurait pu être traitée aussitôt que les symptômes sont apparus. On aurait eu tout le temps de le faire.

Mais, dans le dispensaire rural où cette infirmière/sage-femme avait été envoyée, le personnel n'était pas qualifié pour traiter les urgences. Et la clinique n'avait ni les équipements, ni les médicaments nécessaires pour traiter l'éclampsie. La femme a souffert de convulsions pendant cinq heures, « et puis elle est morte ».

Bref, on ne peut pas prévenir les saignements et l'hypertension pendant la grossesse, mais on peut les traiter pour éviter qu'ils ne mettent la vie de la mère en danger. Souvent, on ne peut pas non plus pronostiquer ou prévenir les hémorragies graves, que ce soit avant ou après l'accouchement, ou une forte éclampsie, mais on peut traiter ces urgences si on a le personnel, les fournitures et l'équipement qui conviennent.

Il est vrai que les complications liées à un avortement non médicalisé sont une cause médicale importante de décès. Elles représentent environ 14 % de tous les décès maternels. Comme pour les autres complications qui entraînent la mort, les complications liées à des avortements non médicalisés peuvent être traitées si on a le personnel, les fournitures et l'équipement appropriés.

Le FNUAP, pour des raisons politiques, ne soutient pas l'avortement comme méthode de planning familial. L'organisation estime qu'on peut prévenir les avortements en favorisant l'accès le plus large possible à toute la gamme des méthodes de planning familial pour toutes les femmes et tous les hommes en âge de procréer. L'organisation soutiendra des programmes visant à prévenir, prendre en charge et traiter les complications liées à des avortement non médicalisés et à fournir des conseils et une méthode de planning familial après un avortement.

En ce qui concerne les deux grandes causes médicales de décès maternels – la dystocie d'obstacle et les infections – dans bien des cas, elles ne peuvent ni être pronostiquées, ni être évitées. Il faut noter qu'un travail prolongé peut provoquer des infections. Cependant, ces deux complications peuvent être traitées si elles sont prises à temps. Ensemble, ces deux causes médicales représentent 16 % de tous les décès maternels dans les pays en développement.

Le fait est qu'il est impossible de dire quelles sont les femmes enceintes qui souffriront de complications obstétriques. Toutes les femmes enceintes courent un risque. Il est possible d'identifier certains groupes à haut risque, par exemple, les femmes qui ont souffert de complications pendant une grossesse précédente, ou les femmes dont la jeunesse ou l'âge avancé constitue un risque. Mais même dans ces groupes, il n'est pas possible d'identifier les femmes qui souffriront de complications, et cela dans les pays développés comme dans les pays en développement.

Selon une étude publiée dans le Lancet en 1980 (Hall et al.), des chercheurs d'Aberdeen, au Royaume-Uni, ont découvert que la majorité des admissions dans les services prénatals de l'hôpital – pour d'autres causes que pour un accouchement – avaient trait à des problèmes qui avaient surgi malgré des soins prénatals réguliers. Les visites prénatales n'avaient permis ni de pronostiquer ni de prévenir les complications.

Encadré 6

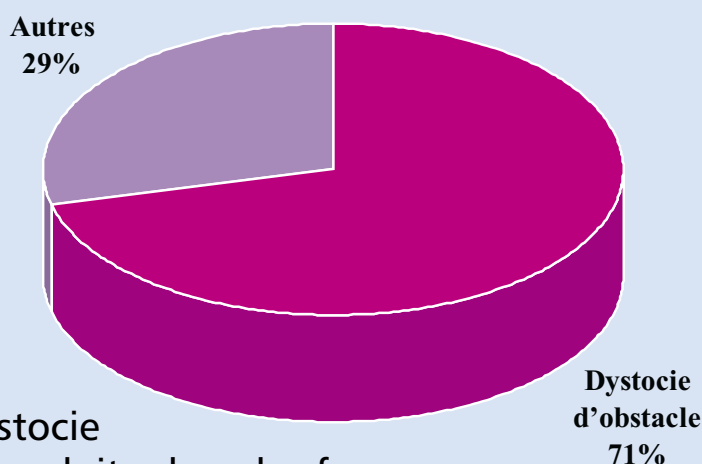
Entre 1971 et 1975, les femmes enceintes qui sont venues en consultation au centre de santé de Kasongo au Congo ont été évaluées en termes de risques de complications obstétriques (équipe du projet Kasongo, 1984).

Les chercheurs ont découvert que les femmes qui avaient fait une fausse couche ou dont le nourrisson était mort pendant la première semaine de la vie, ou qui avaient eu besoin d'une intervention médicale pendant l'accouchement, étaient presque 10 fois plus exposées que les femmes sans antécédents médicaux à une dystocie d'obstacle pendant leur grossesse actuelle.

Donc, les femmes qui avaient de « mauvais antécédents obstétrique » étaient considérées « à haut risque ». Étaient incluses dans ce groupe les femmes qui étaient trop jeunes ou trop âgées, ou qui avaient eu des grossesses multiples. Toutes les autres femmes étaient considérées « à faible risque ».

Mais quand les chercheurs ont étudié combien de femmes ont en fait souffert d'une dystocie d'obstacle pendant l'accouchement et ils ont découvert que 71 % des cas de dystocie d'obstacle appartenaient au groupe « à faible risque » et que ces complications n'avaient pas été pronostiquées par le programme de dépistage. Donc, la majorité des cas de dystocie d'obstacle n'avaient pas été pronostiquée, comme le révèle la figure 3.

Figure 3



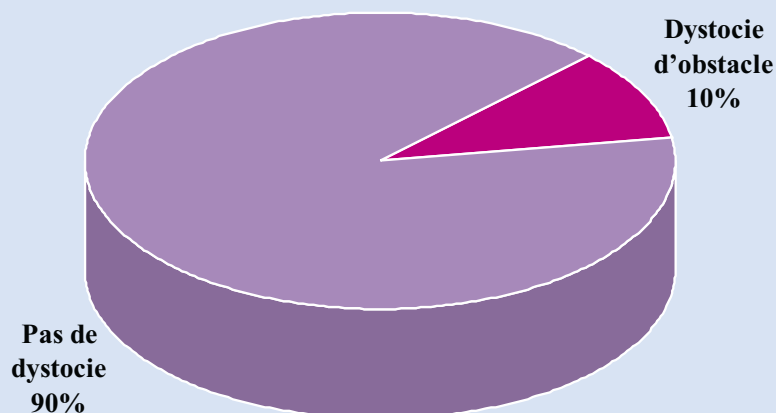
71 % des cas de dystocie d'obstacle se sont produits chez des femmes appartenant au groupe faible risque

Cela signifie qu'un grand nombre de femmes qui étaient

considérées « à faible risque » ont souffert d'un type de complications qui peut entraîner la mort. En fait, les femmes dites « à faible risque » représentaient deux fois plus de cas que les femmes « à haut risque ». Le dépistage n'avait pas permis de pronostiquer les complications.

Mais si vous considérez le groupe de femmes « à haut risque », vous constaterez que 90 % des femmes de ce groupe – c'est-à-dire, les femmes qui avaient des antécédents obstétricaux – n'ont pas souffert de dystocie d'obstacle.

Figure 4



90 % des femmes à haut risque ont eu des accouchements normaux

En d'autres termes, la grande majorité des femmes que l'on croyait « à haut risque » ne l'était pas. Ces femmes ont eu des grossesses parfaitement normales, comme le révèle la figure 4.

L'impossibilité de pronostiquer ou de prévenir la plupart des complications obstétriques est illustrée par l'étude de cas de la République démocratique du Congo (qui portait le nom de Zaïre à l'époque de l'étude, dans l'encadré 6).

Ce que nous révèle l'étude de cas de l'encadré 6 c'est qu'il n'y a pas de femmes « sans risque ». Toutes les femmes enceintes courent des risques. Dans l'exemple du Congo, 7 dystocies d'obstacle sur 10 n'avaient pas été pronostiquées; et 9 des pronostics sur 10 étaient faux.

Et cela ne s'applique pas uniquement aux pays en développement. Il en va de même pour les pays développés. Prenez l'exemple des États-Unis. Dans un programme visant à pratiquer un dépistage intensif sur un groupe de femmes qui désiraient donner naissance à leurs enfants dans des centres d'accouchement non hospitaliers, le dépistage a porté sur les états pathologiques ou les problèmes médicaux existants et sur les facteurs risque (Weatherby, 1990). Le but était de s'assurer que les femmes « à faible risque » accouchaient dans des centres d'accouchement et que les femmes « à haut risque » accouchaient à l'hôpital.

Le dépistage a porté au total sur 11 910 femmes. Malgré ce dépistage intensif, 7,6 % des femmes ont souffert de complications graves. La moitié des femmes qui ont souffert de ces complications n'avaient pas d'antécédents médicaux ou obstétriques, ce qui prouve bien que le dépistage ne permet pas de pronostiquer les complications. Et bien sûr, le fait que les complications soient intervenues révèle que le dépistage ne permet pas de prévenir les complications. En cas de complications, les femmes doivent être traitées par un personnel compétent, avec des médicaments et des équipements appropriés.

Les exemples du Congo et des États-Unis prouvent que nous n'avons aucun moyen de savoir quelles femmes souffriront de complications. En d'autres termes, toute femme enceinte peut souffrir de complications à n'importe quelle période de sa grossesse, de l'accouchement ou de la période qui suit l'accouchement.

Cela signifie que toutes les femmes enceintes courent un risque. Nous ne pouvons ni pronostiquer ni éviter la plupart des complications obstétriques qui entraînent la mort. Ce qui ressort aussi clairement des exemples du Congo et des États-Unis c'est que les complications interviennent très soudainement. Même dans un pays développé comme les États-Unis ou le Royaume-Uni, il est impossible de les éviter. Mais on peut les traiter lorsqu'elles se produisent. Dans les pays développés, il y a des établissements pour cela, et dans les pays développés, le rapport de mortalité maternelle est très faible aujourd'hui.

Ces éléments sont particulièrement importants en termes de planification des programmes destinés à lutter contre le problème des décès maternels dans les pays en développement, où les ressources sont limitées. Les ressources destinées à éviter les décès maternels ne devraient pas servir à essayer de pronostiquer quelles femmes auront des complications puisque nous ne pourrions jamais le savoir. Les fonds doivent être investis là où ils feront une différence; cela signifie qu'il faut mettre les traitements appropriés à la disposition des femmes qui ont des complications.



Je ne veux pas que vous ayez l'impression, sur la base de ce qui vient d'être dit, que toutes les femmes doivent accoucher dans des hôpitaux pour réduire les décès maternels. Même si les femmes voulaient le faire, ce qui n'est pas le cas pour beaucoup, la plupart des pays en développement n'ont simplement pas les ressources nécessaires pour permettre à toutes les femmes d'accoucher en milieu hospitalier.

Il y a d'autres moyens de garantir aux femmes que les complications obstétriques seront prises en charge lorsqu'elles se produisent et je parlerai de ces moyens plus en détail dans les Modules 2 et 3. Et maintenant quelques QAE!



QAE 8

En 50 mots maximum, décrire le type de complications obstétriques qui pourraient être pronostiquées pendant les consultations prénatales. Peut-on éviter ces complications?

.....
.....
.....
.....



QAE 9

À Kasongo, Congo, quelle est la proportion de femmes ayant des antécédents obstétriques qui ont souffert de dystocie d'obstacle pendant la grossesse suivante? Quelle est la proportion de femmes qui n'avaient pas d'antécédents obstétriques qui ont souffert de cette complication?

.....
.....
.....
.....



QAE 10

Donnez des exemples de trois complications obstétriques graves qui ne peuvent pas être pronostiquées grâce au dépistage. Quel pourcentage de tous les décès maternels ces complications représentent-elles? Limitez votre réponse à 40 mots.

1.
.....
2.
.....
3.
.....

3.1.2 Formation des accoucheuses traditionnelles

J'ai mentionné dans l'introduction à cette section que vous alliez apprendre trois choses : les initiatives visant à pronostiquer et prévenir les complications obstétriques, la formation des accoucheuses traditionnelles et l'information de la communauté. Nous avons couvert les problèmes liés au pronostic et à la prévention. Maintenant, je vais parler des questions liées à la formation des accoucheuses traditionnelles, avant de passer à l'éducation de la communauté.

L'expression « accoucheuse traditionnelle » est utilisée pour désigner une personne qui fournit un éventail de services à la communauté, allant de l'aide pendant la grossesse au soutien pendant l'accouchement. Dans certains cas, le travail d'accoucheuse traditionnelle est clairement identifié, tandis que dans d'autres, l'accoucheuse traditionnelle est une parente qui aide les membres de la famille. Les accoucheuses traditionnelles n'ont pas de formation médicale théorique, bien que certaines d'entre elles aient suivi des stages visant à éviter les pratiques dangereuses ou peu hygiéniques.

Plusieurs organismes appuient les programmes de formation destinés aux accoucheuses traditionnelles. Les raisons qu'ils donnent sont généralement les suivantes : la plupart des femmes des pays en développement continuent à accoucher à la maison; les accoucheuses traditionnelles vivent déjà dans les zones rurales, où les femmes ont l'accès le plus limité aux soins médicaux modernes; les accoucheuses traditionnelles sont rémunérées par les femmes et leurs familles, et elles ne sont donc pas à la charge de l'État; les accoucheuses traditionnelles sont souvent des membres respectés de la communauté.

Il semble que ce soit de bonnes raisons de renforcer les compétences des accoucheuses traditionnelles. Il devrait être possible de leur donner une formation sur la nutrition et l'hygiène. S'assurer que le cordon ombilical est coupé de manière hygiénique réduit le risque de tétanos néonatal. En outre, en théorie, les infections post-partum peuvent être évitées grâce à un accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène. Malheureusement, les recherches récentes révèlent que ce n'est souvent pas le cas et que les programmes destinés à former les accoucheuses traditionnelles devraient être réévalués (Goodburn et al., 2000).

En outre, certaines accoucheuses traditionnelles croient à tort que certaines pratiques reconnues dangereuses aident les femmes pendant l'accouchement, par exemple le fait d'appuyer sur l'abdomen de la mère pour accélérer l'accouchement ou de pratiquer une incision dans le vagin. La formation des accoucheuses traditionnelles pourrait au moins mettre fin à ces pratiques négatives. La réalité fait que dans beaucoup de pays en développement, les femmes s'adressent aux accoucheuses traditionnelles parce qu'elles n'ont pas d'autres choix.

Quoi qu'il en soit, la question principale à laquelle j'aimerais que vous réfléchissiez est la suivante : que peuvent faire les accoucheuses traditionnelles pour réduire les décès maternels? Plus spécifiquement, que peuvent-elles faire pour prendre en charge les complications



Nancy Durrell McKenna

obstétriques qui, nous le savons, sont à l'origine de la majorité des décès maternels?

Par définition, les accoucheuses traditionnelles ne sont pas des professionnelles de la santé. Elles ne possèdent pas les compétences nécessaires pour sauver des vies et pour faire face à des problèmes dangereux pour la vie. Elles ne sont pas capables de traiter une femme qui souffre d'hémorragie, d'éclampsie, de dystocie d'obstacle ou des autres complications obstétriques qui sont les principales causes de décès maternels.

Il est particulièrement important de noter que les accoucheuses traditionnelles ne sont pas des sages-femmes. Une sage-femme est une praticienne professionnelle qui a suivi une formation dans un programme agréé. Elle est capable d'aider une femme qui accouche normalement, mais aussi de diagnostiquer et de prendre en charge les complications pendant l'accouchement.

On peut montrer aux accoucheuses traditionnelles, comme aux autres membres de la communauté, comment reconnaître les complications obstétriques et comment s'assurer que les femmes qui en souffrent sont envoyées immédiatement dans un dispensaire ou un hôpital qui possède le personnel, l'équipement et les fournitures nécessaires pour traiter ces urgences. Ceci bien sûr lorsque ces établissements existent et qu'ils sont à une distance raisonnable.

En bref, quand il s'agit de réduire les décès maternels, le maximum qu'on peut attendre d'une accoucheuse traditionnelle, comme des autres membres de la communauté, c'est qu'elle reconnaisse les signes de danger et qu'elle aide les femmes à arriver jusqu'à l'établissement de santé approprié. Donc, nous devons consacrer les ressources dont nous disposons à nous assurer que les établissements appropriés existent à une distance raisonnable pour sauver des vies, que ces établissements sont en service et qu'ils ont tout le personnel, les fournitures et les équipements nécessaires.



QAE I I

Sur la base de ce que vous venez d'étudier, que pensez-vous que les accoucheuses traditionnelles puissent faire pour contribuer à réduire le nombre de décès maternels? Limitez votre réponse à 100 mots maximum.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QAE 12

Si vous aviez un million de dollars à consacrer à un programme de santé et que votre but était de réduire les décès maternels, quelle serait votre première priorité : les programmes de dépistage; les programmes de formation pour les accoucheuses traditionnelles; l'amélioration des fournitures, des compétences et des équipements dans un établissement de santé? Répondez en 70 mots maximum.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.1.3 Initiatives d'information et de mobilisation dans la communauté

Une attention accrue est accordée au rôle de la communauté dans les programmes de santé, tant en termes d'identification des problèmes que d'organisation des solutions. Même ainsi, les autorités centrales et les agents extérieurs sous-estiment encore souvent l'importance des informations pour les prises de décisions communautaires. Ils sous-estiment également les ressources que les communautés peuvent mobiliser une fois qu'elles sont convaincues de la pertinence d'une action.

Comme je l'ai fait remarquer dans la section sur les accoucheuses traditionnelles ci-dessus, si les femmes qui souffrent de complications obstétriques ne peuvent pas se rendre dans des établissements de santé opérationnels, il n'y a rien qu'une famille ou une communauté puisse faire pour sauver la vie de ces femmes, quel que soit le temps consacré aux campagnes d'information et de mobilisation.



FAO photo/isaac

Encadré 7

« Il est moins cher pour nos femmes de mourir à la maison. Vous nous obligez à les envoyer au dispensaire rural lorsqu'elles ont des problèmes pendant la grossesse. Le dispensaire les envoie à l'hôpital dans la capitale de la province. L'hôpital de la province les aiguille vers l'hôpital de la capitale. Et là, elles meurent. Et nous devons payer pour ramener le corps. »

Notable africain.

Reprenons : si des établissements de santé opérationnels ne sont pas disponibles, rien, ni les informations, ni la mobilisation, ne pourra convaincre les gens d'envoyer leurs femmes dans ces établissements pour les faire soigner. Je veux donc examiner deux types d'activités de mobilisation de la communauté : lorsque des établissements appropriés existent et lorsque des établissements appropriés n'existent pas.

Dans le premier type de situation, j'assume que les établissements appropriés existent et que la communauté peut y avoir accès sans difficulté majeure. Dans ce cas, le programme d'information et de mobilisation communautaires doit s'attacher aux problèmes qui font que la communauté n'utilise pas ces établissements. Il se peut que la communauté ait une fausse impression; si tel est le cas, il faut la corriger. Si, par exemple, une femme souffrant de dystocie d'obstacle reste à la maison parce qu'elle a peur de l'hôpital, ses chances de mourir augmentent. Un projet dans le cadre duquel les membres de la communauté peuvent visiter un établissement et sont encouragés à poser des questions ou à faire des suggestions peut corriger le problème.

Les familles peuvent être trop pauvres pour organiser le transport ou les chauffeurs de taxi peuvent rechigner lorsqu'on leur demande de transporter des urgences. Dans ces deux cas, les communautés peuvent créer un fonds général à mettre à la disposition de toute famille confrontée à une urgence, à condition que les familles remboursent le fonds aussitôt qu'elles peuvent le faire. Les communautés peuvent aussi conclure des arrangements avec des syndicats locaux de transport. Dans certains cas, des facteurs culturels peuvent entrer en jeu. Si les femmes vivent dans des régions du monde où seul le mari peut prendre une décision et que le mari est absent, les chances pour ces femmes de survivre à des complications obstétriques sont minces.

Il y a d'autres réalités auxquelles les communautés sont confrontées, par exemple les routes impraticables et les longs trajets pour atteindre des établissements opérationnels. Dans plusieurs zones rurales, les pluies rendent les routes impraticables pendant plusieurs semaines.

Une autre réalité concernant l'accès aux soins médicaux est le coût du traitement et des fournitures. Dans beaucoup de pays africains, les patientes et leurs familles doivent acheter les



Alberto Ramella

fournitures essentielles (telles que les médicaments, les gants et les sutures) avant le début du traitement. Une fois encore, les fonds de prêts ou autres mesures communautaires peuvent contribuer à régler le problème.

Tous ces problèmes peuvent être abordés dans le cadre d'initiatives d'information et de mobilisation communautaires. En outre, si des établissements fonctionnels sont disponibles, il est aussi important de fournir à la communauté, et notamment aux accoucheuses traditionnelles, des informations sur les signes de danger (voir le tableau 2 ci-dessous). En effet, la personne qui prend la décision de chercher de l'aide peut être l'accoucheuse traditionnelle, le mari, la belle-mère, une personne âgée du village ou un chef religieux. Il est même possible qu'il n'y ait qu'un adolescent à la maison lorsqu'une femme commence à avoir une hémorragie.

Tableau 2.
Signaux de danger indiquant qu'il faut chercher des soins médicaux

Pendant la grossesse	Pendant l'accouchement	Après l'accouchement
Saignement, avec ou sans douleur	Saignement excessif	Saignement excessif
Convulsions	Convulsions	Convulsions
Perte de fluide qui n'est pas de l'urine	Fièvre, frissons et écoulement	Fièvre, frissons et écoulement
Mains, visage et pieds enflés; maux de tête	Aucun progrès en 12 heures	

L'information permet à la communauté de comprendre qu'il ne s'agit pas d'une évolution normale de la grossesse. Dans les zones rurales, des signes importants de problèmes obstétricaux peuvent ne pas être compris et les femmes risquent de penser que la fièvre, les étourdissements et la pâleur sont normaux pendant la grossesse.

Maintenant, le deuxième type d'initiative communautaire que j'ai mentionné a trait à une situation où des établissements opérationnels ne sont pas réellement disponibles. Dans ce cas, la campagne d'information et de mobilisation devrait sensibiliser la communauté au fait que des vies peuvent être sauvées si les femmes reçoivent un traitement adéquat en temps voulu.

L'objectif d'une telle campagne d'information serait très différent de celui que j'ai décrit plus haut. Le but ici viserait à donner à la communauté des arguments à présenter aux autorités locales pour les convaincre de fournir des services raisonnables et à permettre à la communauté de s'organiser pour combler les lacunes des services, comme l'approvisionnement en médicaments. Les communautés peuvent se mobiliser très efficacement si elles en ressentent le besoin (voir exemples, Université de Columbia, 1996).



QAE I 3

Expliquez, en 70 mots maximum, pourquoi une initiative communautaire ne pourra pas à elle seule faire reculer les décès maternels.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE I 4

En 20 mots au maximum, quels sont les trois problèmes auxquels une communauté risque de devoir faire face même si des services de santé bien équipés existent?

.....

.....

.....

.....



QAE 15

Si vous deviez planifier une campagne d'information et de mobilisation pour une communauté, planifieriez-vous la même campagne pour toutes les communautés? Quelle est la principale différence entre les deux campagnes que vous pourriez planifier? Répondez en 70 mots maximum.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 Résumé de la section 3

Dans la section 3, vous avez appris que l'on ne peut ni pronostiquer ni éviter la plupart des complications obstétriques mais qu'il est possible de les traiter lorsqu'elles se produisent. Pour cela, les femmes doivent se rendre dans un établissement fonctionnel disposant du personnel, des équipements et des fournitures appropriés pour lui administrer rapidement un traitement.

Vous savez maintenant quel est le rôle des accoucheuses traditionnelles et quels sont les problèmes que peut rencontrer la communauté lorsqu'une femme enceinte souffre de complications obstétriques. J'ai fait remarquer que les efforts visant à former les accoucheuses traditionnelles et à éduquer la communauté ne feront pas reculer les décès maternels si le traitement indispensable n'est pas disponible à temps. Ni les accoucheuses traditionnelles ni les membres de la communauté ne possèdent les compétences qu'ont les sages-femmes et les médecins. Ils ne peuvent pas sauver les femmes qui souffrent d'urgences obstétriques. Dans la section 4, je vais parler de la nature distincte de la mortalité maternelle.

Section 4 : Nature particulière de la mortalité maternelle

Dans cette courte section, je veux montrer la différence entre la mortalité maternelle et la mortalité infantile. Il est important de le faire parce que les planificateurs pensent souvent que des programmes conçus pour lutter contre les décès des nourrissons sont aussi applicables aux mères. Mais, vous le verrez, ce n'est pas le cas.

Pour expliquer pourquoi, je vais m'appuyer sur une étude réalisée par Irvine Loudon (1991). Il a analysé les facteurs qui ont affecté la mortalité infantile et maternelle à l'Ouest au cours de la première moitié du 20^e siècle.

En 1915, les États-Unis affichaient 100 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes et 608 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes – c'est-à-dire presque autant qu'en Afrique aujourd'hui. Entre 1915 et 1933, la mortalité infantile aux États-Unis a chuté de plus de 40 % grâce à l'amélioration générale des conditions de vie. De même, au Royaume-Uni, entre 1900 et 1930, la mortalité infantile a reculé de plus de la moitié.

Toutefois, dans les deux pays, la mortalité maternelle n'a pas bougé pendant cette période. En outre, jusqu'à la fin des années 30, les causes immédiates de décès étaient remarquablement constantes partout dans le monde. Comme le dit Loudon, « Le trio bien connu de la fièvre, de l'hémorragie et de la toxémie a prédominé dans le passé et on peut encore le trouver aujourd'hui dans certains pays du tiers monde. » Ainsi, les causes principales des décès maternels à l'Ouest ressemblaient à celles des pays en développement.

Donc, les données des pays développés révèlent que, lorsque la mortalité infantile a diminué, la mortalité maternelle est restée constante jusqu'au milieu des années 1930. Après le milieu des années 1930, on a constaté « une diminution rapide, à un rythme constant, qui s'est poursuivie pendant plus de 50 ans dans la plupart des pays occidentaux », constate Loudon. Même dans des pays qui affichaient des rapports différents en 1920, comme les États-Unis (689), l'Angleterre et le Pays de Galles (453) et les Pays-Bas (240), le rapport avait chuté jusqu'à atteindre le même niveau – entre 37 et 39 – en 1960.

Que s'est-il passé au milieu des années 1930 qui a modifié aussi profondément l'incidence de la mortalité maternelle? L'un des facteurs clés a été la mise au point à cette époque et l'utilisation par la suite de traitements efficaces contre les complications obstétriques, comme les antibiotiques en cas d'infection et les transfusions sanguines en cas d'hémorragie. En d'autres termes, il a fallu attendre l'arrivée de services obstétriques efficaces pour voir reculer les décès maternels.

Que pouvons-nous conclure des différents comportements de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle? La mortalité infantile était sensible aux conditions sociales et économiques.



Alberto Ramella

Par contre, la mortalité maternelle était surtout déterminée par le niveau des soins obstétricaux.

Dans l'optique de ce cours, la conclusion la plus importante de Loudon est probablement la suivante : « Les mesures conçues pour faire reculer la mortalité maternelle et infantile doivent s'appuyer sur des approches très différentes. Cette constatation est relativement pertinente pour certains pays du tiers monde dans lesquels aujourd'hui les niveaux de mortalité maternelle et infantile sont semblables, voire supérieurs, à ceux affichés par l'Ouest dans les premières années du 20^e siècle. »

En d'autres termes, les femmes ont besoin d'interventions différentes de celles applicables aux enfants quand il s'agit de faire reculer les décès. Il est indispensable de garder ce fait à l'esprit lors de la conception des politiques et programmes de santé.



QAE I 6

En 50 mots maximum, décrivez les différentes conditions affectant la mortalité infantile et la mortalité maternelle.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE I 7

Quel était le rapport de mortalité maternelle aux Pays-Bas en 1960? Quel était-il en 1920?

.....

.....

.....

.....

.....

Section 5 : Le rôle central des soins obstétriques d'urgence

5.0 Introduction

Dans cette section, je vais commencer par définir les soins obstétriques d'urgence (SOU), ainsi que la différence entre les SOU et les soins obstétriques essentiels (SOE). Je poursuivrai en vous présentant des études de cas sur les décès maternels dans différentes régions du monde pour comparer la situation lorsque les soins d'urgence ne sont pas disponibles et lorsqu'ils le sont. Je vous donnerai quelques informations sur les aspects temps et argent des soins obstétriques d'urgence.

5.1 Définition des soins obstétriques d'urgence

L'OMS a publié plusieurs documents donnant la liste complète des services qui doivent être fournis pendant la grossesse et l'accouchement (voir par exemple le Mother Baby Package et Managing Complications in Pregnancy and Childbirth). Cet ensemble de services est souvent désigné sous l'appellation « soins obstétriques essentiels ».

Quand on parle du problème spécifique des décès maternels et de la prise en charge des complications qui interviennent pendant la grossesse et l'accouchement, il est utile de savoir quelles fonctions sont absolument nécessaires pour sauver les femmes. Une courte liste des fonctions cruciales a en fait été établie et est connue sous le nom de « Fonctions – signal » (voir les Guidelines).

La liste des fonctions-signal comprend les huit fonctions suivantes :

- Administrer des antibiotiques par voie parentérale
- Administrer des médicaments ocytotiques par voie parentérale
- Administrer des anticonvulsivants par voie parentérale en cas de prééclampsie et d'éclampsie
- Retirer manuellement le placenta
- Retirer les produits retenus
- Pratiquer l'accouchement assisté par voie basse
- Pratiquer une intervention chirurgicale
- Pratiquer des transfusions sanguines



Czikus Carriere

Vous vous souviendrez qu'à la section 2.1 nous avons vu que les causes médicales principales de décès auxquelles les praticiens doivent faire face sont : les hémorragies, les complications dues à un avortement non médicalisé, l'éclampsie, les infections et la dystocie d'obstacle.

Les fonctions-signal traitent de ces causes médicales. Ces huit fonctions sont couvertes par l'expression « soins obstétricaux d'urgence » (SOU). En effet, certains états pathologiques peuvent être traités avant qu'ils ne se transforment en urgences, par exemple, en cas de dystocie d'obstacle, une césarienne peut être pratiquée avant que la femme ne soit gravement malade; nous utilisons donc le terme « urgence » pour montrer qu'il est important d'administrer un traitement médical rapidement.

Bien sûr, cette liste de fonctions-signal, par définition, n'inclut pas tous les services qui devraient être à la disposition des femmes enceintes ou même des femmes ayant des grossesses compliquées. La liste complète est mieux couverte par l'expression SOE. Toutefois, nous pouvons être relativement sûrs que si un établissement de santé possède toutes les fonctions de SOU, cet établissement sauve la vie des femmes qui viennent se faire soigner.

Dans certains cas, les termes SOE et SOU sont interchangeables. Cela n'a aucune importance si les termes sont définis clairement, de sorte que l'on sache quelles fonctions ils couvrent. Comme vous le verrez dans le Module 2, le fait de posséder une liste de fonctions-signal a permis de concevoir des indicateurs qui permettent d'évaluer les progrès réalisés en termes de réduction des décès maternels.

Jusqu'à la fin de ce module – et en fait jusqu'à la fin du cours – je mettrai en évidence le rôle central des SOU pour la réduction des décès maternels. Nous pouvons démontrer ce rôle central de deux manières : tout d'abord, en regardant ce qui se passe dans les communautés où les SOU ne sont pas disponibles ou pas utilisés et, deuxièmement, en étudiant les communautés où les SOU sont disponibles. Je vous donnerai des exemples de chacune de ces situations dans les prochaines pages.

5.2 Rôle central des SOU dans la réduction des décès maternels

Le but de ce module est de « comprendre le rôle central des SOU dans la réduction des décès maternels ». Vous devez vous demander si c'est aussi facile à expliquer que je semble le penser. Est-ce aussi facile que de dire qu'il suffit de manger moins d'aliments gras pour maigrir ou de se brosser régulièrement les dents pour éviter les caries?

Il y a deux raisons pour lesquelles je suis certaine que les SOU jouent un rôle central dans la réduction des décès maternels. La première est la nature de la demande. Je ne parle pas des soins médicaux en général, de nutrition et d'hygiène, où un certain nombre d'interventions peuvent être envisagées. Je parle spécifiquement de sauver la vie des femmes qui souffrent de

complications obstétriques comme l'hypertension ou les hémorragies, auxquelles on peut imputer la majorité des décès maternels. En d'autres termes, je parle d'urgences.

La deuxième raison c'est que l'expérience au cours du siècle passé a révélé que les SOU étaient au centre de la réduction des décès maternels. Je citerai ci-dessous certaines études de cas qui révèlent comment la disponibilité ou l'absence de SOU fait la différence entre la vie et la mort.

5.2.1 SOU non disponibles

Je vais vous présenter deux études de cas qui prouvent que l'absence de SOU est synonyme de taux élevés et constants de mortalité maternelle. La première étude a été réalisée aux États-Unis et la deuxième en Gambie.

Aux États-Unis, dans l'État de l'Indiana, il y a une secte religieuse appelée Faith Assembly of God. Les membres de cette secte sont bien nourris, ils sont instruits et relativement aisés. Cependant, leurs convictions religieuses leur interdisent d'utiliser les services médicaux modernes, même en cas d'urgence. Une équipe médicale a étudié les décès maternels dans ce groupe de population constitué d'environ 2 000 personnes entre 1975 et 1982 (Kaunitz et al., 1984).

Les chercheurs ont constaté que, durant cette période, la secte avait déploré six décès maternels. Quatre d'entre eux étaient dus à des hémorragies et les deux autres à des infections. Vous pensez peut-être que six décès, ce n'est pas beaucoup. Mais le point est que ces chiffres ne sont pas comparables à ceux auxquels on peut s'attendre aux États-Unis. Les décès dans la communauté de la Faith Assembly représentaient un rapport de 872 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que ce rapport, pour les États-Unis, était de 12.

Les chercheurs ont noté que le rapport de mortalité maternelle dans la Faith Assembly était comparable à celui des « pays en développement où les soins obstétriques ne sont pas disponibles ... Ces conclusions nous conduisent à penser que lorsque des femmes, même aux États-Unis, évitent d'avoir recours aux soins obstétriques, les risques de décès maternels augmentent énormément. »

Vous vous souviendrez que j'ai indiqué à la section 2 qu'en Inde, le rapport de mortalité maternelle était de 570. Donc, le rapport de mortalité maternelle dans la communauté de la Faith Assembly était supérieur à celui du sous-continent indien, et pourtant ces femmes vivaient aux États-Unis! Comme le suggèrent les auteurs, la différence principale est l'accès à des soins médicaux modernes.

La seconde étude de cas nous vient de Gambie. En Gambie, une équipe de chercheurs médicaux a suivi la grossesse de 672 femmes entre 1982 et 1983 (voir Greenwood et al., 1987).

À cette époque, il n'existait qu'un seul dispensaire gouvernemental où travaillaient un préparateur en pharmacie et une sage-femme; il y avait aussi un praticien privé et un certain nombre de petites pharmacies. Deux consultations prénatales étaient organisées tous les 15 jours à une vingtaine de kilomètres, et des soins prénatals étaient administrés à domicile dans la région étudiée. Mais les femmes qui

avaient besoin d'un traitement devaient se rendre dans la capitale, Banjul, par ferry, à environ 200 kilomètres de là.

Quinze décès ont été déclarés entre 1982 et 1983, un à l'hôpital de Banjul, deux au cours du trajet vers l'hôpital de Banjul et les autres à domicile, ce qui fait un rapport de mortalité maternelle de 2 390 pour 100 000 naissances vivantes pour ces deux communautés, soit quatre fois plus élevé qu'en Inde.

Les causes les plus importantes étaient l'hémorragie post-partum (33 %) suivies par les infections et le collapsus soudain pendant l'accouchement ou peu avant. Voilà qui vient confirmer ce que je disais dans la section 2, à savoir que la majorité des décès maternels sont le résultat de quelques causes médicales.

En étudiant les données sur une période de 25 ans entre 1951 et 1975 dans d'autres régions de Gambie, les chercheurs ont constaté « peu, voire aucune amélioration dans l'issue des grossesses dans les zones rurales de Gambie au cours des quelques dernières années. Le taux de décès maternel dans la région de Farefenni est toujours près de deux fois supérieur à celui des pays industrialisés. »

L'équipe a essayé d'identifier les facteurs qui auraient pu permettre de savoir que ces femmes couraient un risque. Outre certains facteurs bien connus – comme les femmes ayant plus de 40 ans ou les femmes ayant des grossesses multiples – ces efforts se sont avérés inutiles. « Très peu de femmes présentaient des signes de prééclampsie ou de tout autre facteur risque connu. »

Onze des femmes étaient venues en consultation prénatale au moins une fois pendant leur grossesse, mais cela n'avait pas permis de pronostiquer ou de prévenir la complication obstétrique qui a entraîné leur décès. Voilà qui confirme ce que nous disions dans la section 3 : il n'y a aucun moyen de pronostiquer ou de prévenir la grande majorité des complications qui entraînent la mort.

En effet, l'équipe de chercheurs a constaté que « comme il n'y avait ni moyens de transport ni équipements de réanimation au dispensaire le plus proche, il est peu probable que ces décès auraient pu être évités. » L'endroit le plus proche pour recevoir une transfusion sanguine ou des soins obstétriques était la capitale. L'équipe a vigoureusement recommandé de mettre à niveau les principaux centres de santé pour qu'ils puissent administrer des transfusions sanguines et offrir les services d'un obstétricien.



Nancy Durrell McKenna

**QAE 18**

Les femmes de l'étude de cas sur la Faith Assembly n'étaient pas allées en consultation prénatale, par contre, dans l'exemple de la Gambie, plusieurs femmes l'avaient fait. Quel était leur rapport de mortalité dans les deux cas? En 70 mots maximum, quelle conclusion pouvez-vous en tirer?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**QAE 19**

Quelle conclusion identique ont tiré les chercheurs dans le cas de la Faith Assembly et de la Gambie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.2.2 SOU disponibles

Dans cette section, j'examinerai l'expérience du Matlab, Bangladesh (étude extraite de Ronsmans et al.). Le Matlab est une zone rurale située à une soixantaine de kilomètres de Dhaka, la capitale. Les déplacements se font essentiellement par bateau ou à pied. La population compte 200 000 habitants. Les conditions de vie dans l'ensemble du Matlab sont semblables, tout comme les facteurs culturels et les niveaux d'alphabétisation, qui étaient faibles à l'époque de l'étude.

Le cas du Matlab est particulièrement intéressant parce qu'on peut comparer ce qui s'est passé dans les différentes zones de la région sur une période de 18 ans. En fait, le Matlab est unique parce que, depuis 1966, il fait l'objet d'une surveillance démographique de porte-à-porte. Cette région possède donc les données les plus complètes du monde en développement sur les naissances et les décès.

Pour cette étude, comme on peut le voir sur le schéma de la figure 5, je diviserai le Matlab en quatre zones distinctes selon le type de services de santé disponible dans chacune des zones. En 1977, un éventail de services de santé maternelle et infantile (SMI) a été introduit dans deux zones du Matlab, que j'appellerai les « zones SMI ».



Czikus Carrière

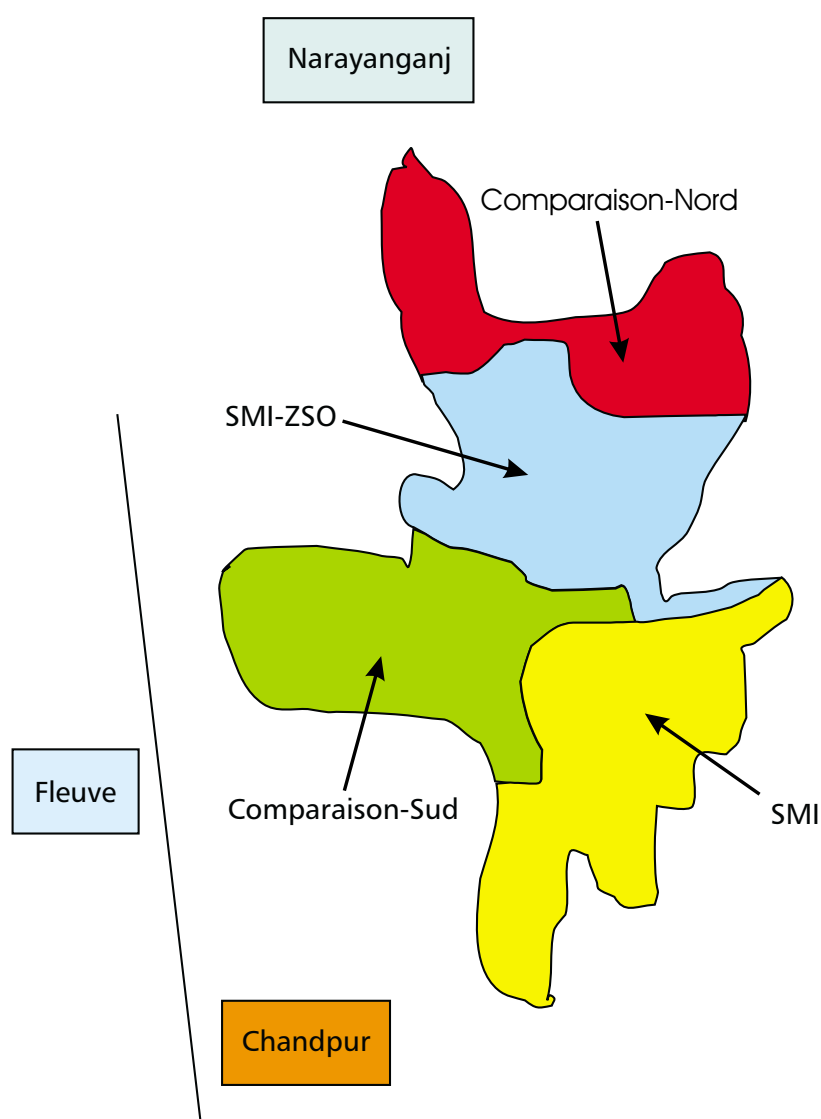


Figure 5 – Matlab

Les services de SMI n'incluaient pas le traitement des complications obstétriques. Les femmes qui avaient besoin de ces services devaient trouver le moyen d'aller en ville – soit à Chandpur dans le sud, soit à Narayanganj dans le nord.

Pour comparer ce qui s'est passé dans les zones qui avaient des services par rapport à celles qui n'en avaient pas, les chercheurs ont également étudié les décès maternels dans deux autres zones, qu'ils ont appelées Comparaison-Nord et Comparaison-Sud.

Puis, en 1987, un grand projet destiné à réduire les décès maternels a été lancé dans l'une des deux zones SMI, que j'appellerai SMI-zone de services obstétriques ou SMI-ZSO. L'autre zone SMI a continué à proposer des services de santé maternelle et infantile et de planning familial.

Dans la zone SMI-ZSO, un certain nombre d'innovations ont été apportées. Quatre sages-femmes qualifiées ont été affectées dans deux centres de santé ruraux. Elles avaient accès 24 heures sur 24 par hors-bord à une maternité dans la ville de Matlab. Il n'y avait pas de service de chirurgie dans cette maternité, ce qui fait que les femmes qui avaient besoin d'une intervention devaient toujours être transportées à l'hôpital gouvernemental de Chandpur; le transport par ambulance était disponible 24 heures sur 24. L'hôpital de Chandpur possédait toute la gamme des soins obstétriques d'urgence, y compris la chirurgie.

À titre d'information, Comparaison-Nord était située à quatre heures environ de la ville de Narayanganj, tandis que Comparaison-Sud était à deux heures de la ville de Chandpur. Quant à SMI, la zone était située à environ deux heures de Chandpur tandis que SMI-ZSO était à environ trois heures de Chandpur.

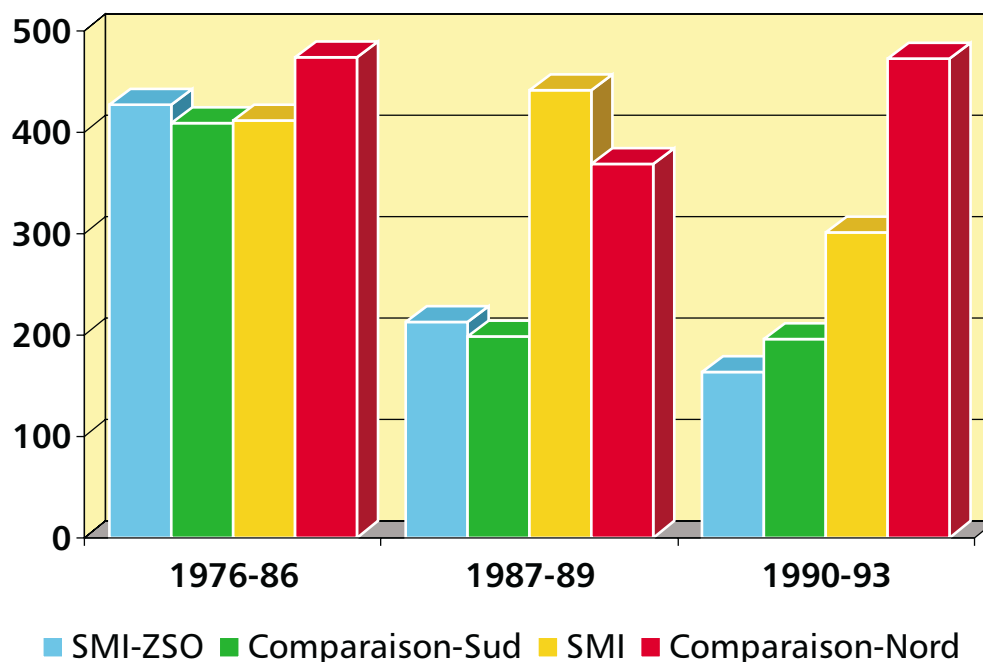
Pendant les 11 ans qui ont précédé le lancement du projet de services obstétriques (la période comprise entre 1976 et 1986), on n'a constaté de diminution de la mortalité maternelle dans aucune des quatre zones du Matlab (voir figure 6). Au bout de trois ans (1987-1989), la mortalité maternelle avait diminué de 50 % dans la zone SMI- zone de services obstétriques, mais aucune diminution n'avait été constatée dans la zone SMI. On a également constaté, ce qui est surprenant, un déclin de même envergure dans le sud, dans la zone Comparaison-Sud, où une surveillance démographique était exercée, mais sans services spéciaux supplémentaires. Par contre, aucune diminution de la mortalité maternelle n'a été constatée dans la zone Comparaison-Nord.

À partir de 1990, deux des quatre sages-femmes affectées dans la zone de services obstétriques ont été déplacées vers des centres de santé ruraux dans la zone SMI; on a donné à chacune des sages-femmes une assistante paramédicale qui avait suivi 18 mois de formation de sage-femme. Pendant la période 1990-1993, des reculs légers (mais statistiquement non significatifs) de la mortalité maternelle ont été constatés dans la zone SMI et dans SMI-ZSO, tandis qu'aucune diminution n'a été constatée dans les deux zones de comparaison.



FAO photo/Faidutti

Figure 6
Évolution de la mortalité maternelle dans le Matlab



Ces données soulèvent beaucoup de questions. En particulier, vous pouvez vous demander pourquoi la mortalité maternelle a diminué dans la zone de Comparaison-Sud, où il n'y avait pas de service spécial?

À première vue, ces données prêtent à confusion. Toutefois, quand on les regarde dans la perspective de l'accès aux SOU, les choses s'éclaircissent. La diminution affichée entre 1987 et 1989 dans la zone SMI-ZSO semble s'expliquer par la présence des sages-femmes et la mise à disposition d'un moyen de transport vers des SOU 24 heures sur 24. En 1990, les activités dans cette zone ont un peu ralenti lorsque deux des sages-femmes ont été déplacées vers la zone SMI. Le recul de la mortalité maternelle semble s'être poursuivi à un rythme plus lent, bien que non significatif d'un point de vue statistique.

En ce qui concerne les deux zones de comparaison, aucune diminution globale n'est apparue dans Comparaison-Nord, où l'hôpital le plus proche, à Narayanganj, était situé à au moins quatre heures de voyage. Par contre, les habitants de Comparaison-Sud avaient un accès relativement facile à Chandpur. Ce n'est pas seulement parce qu'ils étaient plus près, mais aussi parce que la berge du fleuve dans cette région était surélevée et large, formant une route sèche vers la ville. En outre, il semblerait (bien qu'aucun document ne vienne le confirmer) que des médecins aient ouvert des cliniques privées à proximité de Chandpur, ce qui a encore amélioré l'accès au traitement des complications obstétriques.

Donc, dans les régions où les femmes avaient un accès facile aux SOU – les zones SMI-ZSO et Comparaison-Sud – la mortalité maternelle a reculé de moitié en trois ans seulement. Dans les

zones où l'accès était plus difficile, la mortalité maternelle n'a pas diminué de manière notable en 18 ans.

Vous pouvez toutefois vous demander ce que l'étude de cas du Matlab révèle sur la relation entre le planning familial et la mortalité maternelle. Je voudrais dire que les services de planning familial sont importants pour la santé de la reproduction des femmes et des hommes.

Mais si le but est de réduire la mortalité maternelle, les programmes de planning familial ne peuvent pas grand-chose. Le planning familial peut faire baisser le nombre de décès maternels dans une population (le taux de mortalité maternelle) puisque moins de femmes se retrouveront enceintes.

Toutefois, le planning familial ne peut pas réduire le risque de décès quand la femme est enceinte (le rapport de mortalité maternelle). Les études réalisées au Matlab le confirment en démontrant que, avant 1987, lorsque des services de planning familial existaient mais qu'il n'y avait pas de soins obstétriques d'urgence, le rapport de mortalité maternelle était constant.

Et maintenant quelques QAE avant de passer aux dernières sections de ce module.



Alberto Ramella

QAE 20

Combien d'heures les femmes devaient-elles voyager pour atteindre des SOU dans chacune des quatre zones du Matlab? Quelles étaient les femmes pour lesquelles le trajet était le plus long?

.....

.....

.....

.....

.....

QAE 21

Quel est d'après vous le facteur le plus important pour sauver la vie des femmes dans le cas du Matlab? Comment le savez-vous?

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 22

Comment l'étude de cas du Matlab révèle-t-elle que les SOU sont essentiels pour faire reculer les décès maternels si on la compare avec les études de cas réalisées en Gambie et dans la communauté de la Faith Assembly aux États-Unis? Limitez votre réponse à 150 mots.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 23

Sur la base de ce vous venez d'apprendre, donnez trois raisons qui expliquent pourquoi l'incidence de la mortalité maternelle est toujours élevée dans les pays en développement.

1.

.....

.....

2.

.....

.....

3.

.....

.....

5.3 Temps et ressources pour les SOU

Vous vous êtes peut-être demandé, en étudiant ce manuel, de combien de temps on dispose pour sauver la vie d'une femme. Quand la complication s'annonce, n'est-il pas déjà trop tard pour intervenir? On peut aussi se demander combien coûtent les SOU. Et si les pays en développement ont ces ressources.

Ces questions sont intéressantes. Il est inutile d'essayer de créer des services de SOU si cela ne fait aucune différence ou si les pays n'ont simplement pas les moyens de les administrer.

5.3.1 Temps nécessaire pour les SOU

J'ai mentionné auparavant l'importance d'amener « à temps » les femmes qui souffrent de complications obstétriques dans des centres administrant des SOU. Pour la plupart des complications, « à temps » est une question d'heures ou de jours, pas de minutes. Il est vrai qu'une hémorragie grave peut tuer une femme en moins d'une heure. Toutefois, les femmes arrivent souvent à l'hôpital après avoir saigné pendant beaucoup plus longtemps.

En ce qui concerne les complications importantes comme l'éclampsie, les infections et la dystocie d'obstacle – qui représentent près de 30 % de tous les décès maternels – il se passe souvent plusieurs jours entre l'apparition du problème et le décès. Les estimations sur le temps qui s'écoule entre le moment où la complication apparaît et le décès pour les complications obstétriques courantes figurent dans le tableau 3.



Czikus Carriere

Tableau 3.

Estimation de la durée moyenne entre l'apparition de la complication et le décès

Complication	Heures	Jours
Hémorragie		
Post-partum	2	
Antepartum	12	
Éclampsie		2
Dystocie d'obstacle		3
Infection		6

Comme vous pouvez le constater en regardant le tableau 3, la seule complication pour laquelle les SOU sont essentiels dans les deux heures qui suivent son apparition est l'hémorragie post-partum. Pour les autres complications, on peut compter entre 12 heures et 6 jours avant le décès. Donc, si les femmes peuvent recevoir des SOU pendant cet intervalle, leurs chances de survie sont d'autant plus grandes.

 QAE 24

J'ai reproduit un tableau ci-dessous en utilisant les délais donnés dans le tableau 3 et l'étude de cas du Matlab. J'aimerais que vous remplissiez les cases pour montrer quelles sont les complications obstétriques pour lesquelles vous pensez qu'on a suffisamment de temps pour traiter les femmes du Matlab. Répondez par oui ou par non. Si vous répondez « peut-être », expliquez.

Complication	SMI-ZSO	SMI	Comparaison -Nord	Comparaison -Sud
Hémorragie Postpartum Antepartum				
Éclampsie				
Dystocie d'obstacle				
Infection				

5.3.2 Ressources pour les SOU

Dans les quelques paragraphes qui suivent, je veux passer brièvement en revue la question des ressources nécessaires pour les SOU. Vous vous souviendrez que dans la section 3.1, j'ai parlé de la formation des accoucheuses traditionnelles et des autres membres de la communauté pour qu'ils puissent reconnaître les complications obstétriques. J'ai aussi mentionné brièvement l'importance de certains facteurs, comme le mauvais état des routes, le prix trop élevé des fournitures et quelques facteurs culturels.

Je reprendrai ces questions dans le dernier module de ce cours, le Module 3, qui traitera des politiques et programmes visant à faire reculer les décès maternels. Dans cette section, j'assumerai que les femmes qui souffrent de complications ont pu atteindre un établissement de santé. Les deux questions que j'aimerais examiner sont : une fois qu'elles sont arrivées dans l'établissement, quels sont les soins qui devraient pouvoir leur être administrés? Et le pays a-t-il les moyens de leur fournir ces soins?

J'ai donné la liste des fonctions-signal que l'on trouve dans les établissements de santé dans la section 5.1. Il n'est pas nécessaire que toutes ces huit fonctions soient disponibles dans chaque établissement de santé. En fait, comme dans le cas du Matlab, il suffit généralement que les centres de santé fournissent la majorité de ces fonctions, en abandonnant les transfusions sanguines et les césariennes à l'hôpital et en s'assurant que les femmes peuvent y être transportées.

Selon les estimations, les centres de santé qui travaillent en tandem avec des hôpitaux bien équipés et ayant le personnel qualifié nécessaire peuvent sauver 60 % des vies dans les zones rurales et 67 % des vies dans les zones urbaines (Maine, 1991). Cela répond à

ma première question concernant le type de soins qu'une femme devrait trouver si elle souffre de complications obstétriques.

Concernant la deuxième question « les pays en développement ont-ils les moyens de mettre à disposition des SOU », la réponse est oui. Même les pays en développement les plus pauvres affectent des millions de dollars aux soins médicaux de leur population. Améliorer les établissements de santé revient pratiquement au même prix qu'un programme de formation destiné aux accoucheuses traditionnelles, mais est beaucoup plus efficace pour sauver des vies. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de construire de nouveaux hôpitaux mais d'améliorer le fonctionnement de ceux qui existent. En fait, les programmes de formation des accoucheuses traditionnelles ne sont pas bon marché puisqu'il s'agit d'organiser des stages pour plusieurs centaines de femmes, tandis qu'il est probable que dans la même région, seuls quelques établissements auraient besoin d'être rénovés.

En outre, les gens sont prêts à payer pour les soins médicaux s'il le faut. Selon les estimations, 97 % des frais médicaux sont à la charge des familles dans les pays en développement.

En outre, il existe plusieurs exemples de communautés qui se sont mobilisées pour combler les lacunes des services de santé publique : elles financent les fournitures, versent les salaires et paient les transports (voir *Prévention of Maternal Mortality: Abstracts*).

Donc, en fixant les priorités qui conviennent en termes d'allocation des ressources, et grâce à une combinaison originale d'initiatives publiques et privées, un pays en développement peut faire reculer les décès maternels.



Alberto Ramella

5.4 Résumé de la section 5

Dans cette section, j'ai abordé le rôle central que jouent les SOU dans la réduction des décès maternels. J'ai défini la différence entre les « soins obstétriques essentiels » et les « soins obstétriques d'urgence ».

Je vous ai présenté deux études de cas qui révèlent que lorsque les SOU n'existent pas, la mortalité maternelle est systématiquement élevée – le cas des femmes de la Faith Assembly, qui ont choisi de ne pas avoir recours aux SOU, et le cas des femmes en Gambie, qui n'avaient pas accès aux SOU.

J'ai décrit une situation, dans le Matlab, au Bangladesh, dans laquelle différentes communautés avaient des accès différents aux SOU. J'ai expliqué que cette étude révélait à quel point la mise à disposition des SOU et l'accès à ces soins étaient importants pour sauver les femmes souffrant de complications obstétriques.

J'ai aussi évoqué le problème du temps et j'ai démontré qu'il était possible de sauver ces femmes si elles pouvaient avoir accès à des soins médicaux. À l'exception de l'hémorragie post-partum, il faut entre 12 heures et 6 jours pour qu'une complication obstétrique entraîne la mort. J'ai brièvement évoqué la question des ressources, sur laquelle je reviendrai dans le Module 3 de ce cours.

Section 6 : Résumé du Module 1

Vous avez achevé le Module 1 de ce cours. Dans cette courte section, je voudrais résumer les leçons les plus importantes que vous devriez avoir tirées de cette étude. Ce sont les idées les plus importantes que vous devrez garder en mémoire lorsque vous aborderez la suite de ce cours.

Voici les points principaux à retenir de la matière que nous avons couverte jusqu'ici :

- Le décès maternel est la cause principale de décès chez les femmes des pays en développement. L'écart entre les pays en développement et les pays développés est beaucoup plus important en ce qui concerne la mortalité maternelle que pour les autres causes de décès des femmes.
- Toutes les femmes enceintes courent le risque de souffrir de complications obstétriques qui peuvent mettre leur vie en danger. Aucune femme n'est à l'abri de ce risque.
- Cinq complications obstétriques sont responsables de la majorité des décès maternels : hémorragie, infection, hypertension, dystocie d'obstacle, ainsi que complications à la suite d'un avortement non médicalisé.
- Les moyens de prévenir les décès causés par ces complications existent depuis des décennies et n'exigent pas d'apports technologiques sophistiqués ou onéreux.
- Les études révèlent que les mesures visant à pronostiquer et à prévenir les complications obstétriques n'ont pas été couronnées de succès. Mais si des SOU sont disponibles et si les femmes peuvent y avoir accès à temps pour que les complications dont elles souffrent soient prises en charge, elle peuvent avoir la vie sauve. C'est le cas dans les pays développés aujourd'hui, où la mortalité maternelle a diminué. C'est le cas dans des régions comme le Matlab, où la mortalité maternelle recule rapidement là où les SOU sont disponibles.
- Pour s'attaquer aux causes des décès maternels, il faut s'assurer que les politiques et les programmes ciblent les questions centrales liées aux SOU : sont-ils disponibles? Les femmes peuvent-elles y avoir accès et les utilisent-elles? La qualité du service est-elle suffisante pour sauver les femmes?

Dans la suite de ce cours, j'étudierai les indicateurs permettant d'évaluer les progrès en termes de réduction des décès maternels (Module 2), ainsi que les moyens de s'assurer que les décès maternels sont ciblés par les politiques et programmes nationaux (Module 3).



FAO photo/Balderi

Réponse aux QAE

QAE 1

Un décès maternel est provoqué par une complication qui surgit pendant la grossesse ou qui est aggravée par la grossesse. La complication peut intervenir pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent la fin de la grossesse.

QAE 2

Le rapport estimatif de mortalité maternelle est de 170 pour l'Égypte, 100 pour la Colombie et 850 pour le Bangladesh.

QAE 3

Le rapport de mortalité maternelle donne le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, tandis que le taux nous donne le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer, par an.

QAE 4

Si vous avez décrit la gravité du problème que représentent les décès maternels dans les pays en développement en donnant trois des réponses suivantes, vous avez répondu correctement :

- 99 % du nombre total de décès maternels interviennent dans des pays en développement;
- Un décès sur 5 parmi les femmes en âge d'avoir des enfants est lié à la grossesse au Bangladesh, en Égypte, en Inde et en Indonésie, tandis que ce taux est de 1 décès sur 200 aux États-Unis;
- Les décès maternels représentent plus d'un quart des décès parmi les femmes vivant dans des pays en développement, mais moins de 1 % des décès parmi les femmes vivant dans des pays développés;
- En Asie, le risque d'une femme à vie est de 1 sur 65, tandis qu'il est de 1 sur 3 200 en Europe occidentale;

- Le rapport de mortalité maternelle en Colombie est de 100 pour 100 000 naissances vivantes, tandis qu'il est de 12 aux États-Unis;
- Le taux de mortalité maternelle est de 101 pour 100 000 femmes en âge de procréer au Bangladesh, tandis qu'il est de 3 aux États-Unis.

QAE 5

Les cinq principales causes médicales de décès maternel dans les pays en développement sont, par ordre décroissant : les hémorragies, les avortements provoqués, l'hypertension, la dystocie d'obstacle et les infections.

QAE 6

Vrai ou faux?

- Faux. En fait, la cause médicale la plus importante de décès maternel dans les pays en développement est l'hémorragie (21 %).*
- Faux. Les états pathologiques existants représentent 25 % des décès maternel.*
- Vrai. 75 % des décès résultant de causes maternelles sont dus à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum.*

QAE 7

La cause médicale de décès maternel la plus importante est l'hémorragie. Elle représente près d'un cinquième de tous les décès maternels.

QAE 8

Entre autres, les visites prénatales peuvent : permettre d'identifier les saignements bénins qui révèlent que ces femmes risquent d'avoir une hémorragie avant ou pendant l'accouchement; révéler les signes de l'hypertension; et montrer que le fœtus se présente mal. Les visites prénatales ne permettent pas d'éviter ces complications, mais elles permettent d'administrer un traitement avant que ces complications ne mettent la vie en danger.

QAE 9

Dans l'étude de cas présentée ici, 10 % des femmes qui avaient des antécédents obstétricaux ont souffert de dystocie d'obstacle; 71 % des femmes qui n'avaient pas d'antécédents obstétricaux ont souffert de dystocie d'obstacle.

QAE 10

Le dépistage ne permet pas de pronostiquer les hémorragies post-partum ou une grande proportion des cas d'éclampsie. Il ne permet pas non plus de pronostiquer les complications dues à un avortement non médicalisé, à une infection ou à une dystocie d'obstacle. Ces cinq problèmes médicaux sont responsables des deux tiers de tous les décès maternels dans le monde en développement.

QAE 11

Par définition, les accoucheuses traditionnelles ne sont pas des infirmières, des sages-femmes ou des obstétriciens; elles n'ont donc pas les qualifications nécessaires pour administrer les soins nécessaires en cas de complications obstétriques et sauver des vies. Leur donner une formation peut contribuer à éliminer certaines pratiques dangereuses des accoucheuses traditionnelles, comme celle qui consiste à appuyer sur l'abdomen pour hâter l'accouchement ou à pratiquer une incision dans le vagin. Toutefois, les femmes qui souffrent de complications obstétriques ont besoin d'être traitées dans un établissement en état de fonctionnement, ayant un personnel qualifié, des équipements et des fournitures. Les accoucheuses traditionnelles peuvent, comme les autres membres de la communauté, apprendre à reconnaître les symptômes des complications obstétriques et aider les femmes à atteindre à temps les établissements appropriés.

QAE 12

Si le but est de réduire les décès maternels, ma première priorité serait de développer les établissements de santé en renforçant les compétences et en améliorant l'approvisionnement, les équipements et la gestion des établissements de façon à ce qu'ils puissent prendre en charge les complications obstétriques lorsqu'elles se présentent. Je n'investirais à aucun moment dans des programmes de dépistage, car il n'existe pas de moyen fiable de pronostiquer ou de prévenir les complications obstétriques. En ce qui concerne les accoucheuses traditionnelles, je les inclurais dans une campagne générale d'information destinée à la communauté, après m'être assurée que les établissements locaux fonctionnent effectivement.

QAE 13

Une initiative communautaire ne suffira pas à faire reculer les décès maternels s'il n'existe pas d'établissements disposant des équipements indispensables, d'un personnel compétent et des fournitures nécessaires pour prendre en charge les urgences, ou si ces établissements existent mais sont mal gérés. Imaginons que des membres de la communauté décident d'utiliser un établissement de santé à la suite d'un programme d'information communautaire et qu'ils découvrent une pénurie de personnel et d'équipements, la mauvaise nouvelle se propagerait rapidement de bouche à oreille et découragerait les autres membres de se rendre dans cet établissement.

QAE 14

Si vous avez donné trois des réponses suivantes, vous avez répondu correctement :

- Manque de moyens de transport;
- Routes impraticables;
- Coût des services;

- *Manque d'information sur les signes de danger;*
- *Facteurs culturels.*

QAE 15

Les informations et les campagnes communautaires dépendront de l'état des établissements de santé à la disposition de la communauté. Si des établissements adéquats sont disponibles, les campagnes peuvent encourager la communauté à les utiliser. S'il n'existe pas d'établissements adéquats, les campagnes peuvent aider la communauté à s'organiser pour exiger que de tels établissements soient mis à sa disposition ou pour contribuer à leur création.

QAE 16

La mortalité infantile dépend surtout du cadre socio-économique général. La mortalité maternelle dépend surtout de la qualité des soins obstétricaux, notamment de facteurs tels que les compétences des praticiens et la disponibilité de traitements obstétricaux comme les transfusions sanguines et les antibiotiques.

QAE 17

Le rapport de mortalité maternelle aux Pays-Bas en 1960 était compris entre 37 et 39; il était de 240 en 1920.

QAE 18

Le rapport de mortalité maternelle pour les femmes de la Faith Assembly était de 872 pour 100 000 naissances vivantes. Pour les femmes participant à l'étude gambienne, il était de 2 300 pour 100 000 naissances vivantes. Cela nous prouve que les visites prénatales ne permettent pas d'éviter les décès maternels, même si elles sont utiles à d'autres égards, par exemple en termes de nutrition et d'hygiène.

QAE 19

Les deux équipes ont souligné la nécessité d'avoir à disposition des soins obstétricaux d'urgence pour sauver des vies.

QAE 20

Les femmes dans Comparaison-Sud et SMI avaient la distance la plus courte à parcourir pour atteindre des SOU – moins de 2 heures. Les femmes dans SMI-ZSO devaient voyager pendant trois heures, mais elles avaient un meilleur accès au transport. Les femmes de Comparaison-Nord étaient celles qui avaient le plus long trajet à parcourir – plus de 4 heures.

QAE 21

L'accès aux SOU était le facteur le plus important dans le Matlab. Dans les zones où l'accès était le plus facile, la mortalité maternelle a diminué de moitié entre trois ans seulement. Dans les zones où l'accès était plus difficile, la mortalité maternelle n'a pas diminué de manière notable en 18 ans.

QAE 22

Les SOU sont essentiels parce que c'est le seul moyen de sauver les femmes qui souffrent de complications obstétricaux mettant leur vie en danger. Nous le savons parce que :

- *Lorsque les SOU sont disponibles et que les femmes peuvent y avoir accès, beaucoup de vies peuvent être sauvées. Cela s'applique clairement à de nombreuses femmes dans trois régions du Matlab – Comparaison-Sud, SMI et SMI-ZSO.*
- *Lorsque les SOU sont « disponibles » mais d'un accès difficile, les femmes continuent à mourir. C'est le cas dans la région Comparaison-Nord du Matlab.*

- Lorsque les SOU sont disponibles mais que les femmes refusent de les utiliser, elles continuent à mourir. C'est le cas des femmes de la Faith Assembly aux États-Unis.

Lorsque les SOU ne sont pas disponibles, les femmes continuent à mourir. C'est le cas dans les communautés gambiennes.

QAE 23

Si vous avez donné trois des raisons suivantes, vous avez répondu correctement :

De nombreux programmes dont on pensait qu'ils pouvaient faire reculer les décès maternels sont en fait inutiles. Ces programmes peuvent promouvoir la santé générale de la communauté, mais ils ne fournissent pas aux femmes les services dont elles ont besoin lorsqu'elles souffrent de complications obstétriques.

Les femmes qui souffrent de complications obstétriques n'ont pas un accès suffisant aux services de SOU.

Beaucoup de femmes ont de la peine à accéder aux services de SOU parce qu'on ne les trouve souvent que dans les villes ou les capitales.

La communauté manque d'informations sur la qualité des services de SOU quand ils sont à la disposition des femmes.

QAE 24

Complications	SMI-ZSO	SMI	Comparaison -Nord	Comparaison -Sud
Hémorragie Post-partum Antepartum	Peut-être Oui	Oui Oui	Non Oui	Oui Oui
Éclampsie	Oui	Oui	Oui	Oui
Dystocie d'obstacle	Oui	Oui	Oui	Oui
Infection	Oui	Oui	Oui	Oui

Vos réponses ne devraient comporter qu'un seul « peut-être » : les femmes de SMI-ZSO ont un trajet de 3 heures à effectuer pour atteindre le service SOU de transfusion sanguine de la ville de Chandpur; cet obstacle existe bien qu'elles aient à disposition un service d'ambulance 24 heures sur 24. Les femmes de Comparaison-Nord, qui doivent effectuer un trajet de plus de 4 heures, n'arriveront pas à temps pour une transfusion sanguine. Il y a, en principe, suffisamment de temps pour sauver toutes les autres femmes du Matlab quelle que soit la complication obstétrique dont elles souffrent.

Glossaire

Accoucheuse traditionnelle :	Personne qui n'a pas suivi de formation médicale qui prend soin des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement
Anémie :	Niveau anormalement faible de globules rouges dans le sang ou niveaux faibles d'hémoglobine
Années de procréation :	Les années de procréation d'une femme se situent entre 15 ans et 49 ans
Antepartum :	Qui intervient avant l'accouchement
Anticonvulsivants :	Médicament qui évite ou soulage les convulsions (comme le valium)
Besoin satisfait en termes de SOU :	La proportion de femmes qui ont besoin d'être traitées pour des complications obstétriques et qui reçoivent ce traitement
Césarienne :	Retrait du fœtus grâce à une incision dans l'utérus
Décès maternel :	Le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de sa grossesse
Décès obstétrique direct :	Décès dû à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum
Décès obstétrique indirect :	Décès dû à des états pathologiques existants qui empirent pendant la grossesse ou l'accouchement
Discussion de groupe participative :	Qui regroupe toutes les personnes qui cherchent à résoudre un problème donné pour mieux comprendre la nature du problème
Dystocie d'obstacle :	Se produit lorsque l'enfant ne peut pas passer à travers le pelvis de la mère, soit parce que la tête de l'enfant est trop grosse, soit parce que l'enfant n'est pas dans une position correcte pour la traversée de la filière génitale
Éclampsie :	Coma et convulsions pendant la grossesse, souvent à la période de l'accouchement
Embolie :	Obstruction d'un vaisseau sanguin, généralement par un caillot sanguin
Évaluation des besoins :	Un examen permettant de mieux comprendre les problèmes auxquels une population, un établissement de santé ou un

ministère sont confrontés pour concevoir des programmes qui répondent à ces problèmes spécifiques

Fistule :	Passage anormal entre deux cavités (vagin/vessie, vagin/rectum)
Fonctions-signal :	Les fonctions qui sont absolument nécessaires pour sauver les femmes qui souffrent de complications obstétriques
Grossesse ectopique :	L'œuf fécondé s'implante en dehors de l'utérus – dans la cavité abdominale, les ovaires, la trompe de Fallope ou le col de l'utérus
Hémorragie :	Perte de sang
Hémorragie antepartum :	Perte de sang qui intervient à n'importe quel moment avant l'accouchement
Hémorragie post-partum :	Perte excessive de sang qui intervient après la naissance, habituellement dans les deux jours qui suivent l'accouchement
Hépatite :	Inflammation du foie d'origine virale ou toxique
Hypertension :	Pression artérielle élevée, habituellement supérieure à 140/90
Indicateurs :	Mesures ou statistiques utilisées pour évaluer les besoins, suivre la mise en œuvre et évaluer les progrès
Indicateurs d'impact :	Ils donnent une indication des changements intervenus dans le phénomène ciblé, par exemple le nombre de décès maternels
Indicateurs de Processus :	Ils mesurent les changements dans les activités qui contribuent à un phénomène particulier ou empêchent qu'il se produise, comme les décès maternels
Indicateurs de services obstétriques :	Une statistique qui mesure la disponibilité, l'utilisation ou la qualité des soins obstétriques
Indice synthétique de fécondité :	Nombre moyen d'enfants par femme aux taux de fécondité actuels
Médicament ocytotique :	Terme qui s'applique à tout médicament qui stimule les contractions de l'utérus de façon à provoquer ou accélérer le travail
Morbidité maternelle :	Maladie et/ou handicap liés à la grossesse
Mortalité maternelle :	Statistique fondée sur le nombre de décès maternels

Naissance vivante :	Terme utilisé à des fins statistiques pour dire qu'un nourrisson est né avec des signes de vie
Parentéral :	Par toute voie qui n'emprunte pas le canal alimentaire, par exemple par voie intraveineuse
Placenta :	La structure spongieuse dans l'utérus dont le fœtus tire sa nourriture
Post-partum :	Qui intervient après la naissance
Prééclampsie :	Un état, pendant la grossesse, caractérisé par de l'hypertension, des maux de tête et l'enflure des pieds et des jambes
Rapport de mortalité maternelle :	Le nombre de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes
Risque à vie de décès maternel :	La probabilité, en moyenne, qu'une femme succombe à des causes maternelles. On le calcule en utilisant le risque moyen associé à la grossesse et le nombre moyen de fois qu'une femme est enceinte
Rupture de l'utérus :	Déchirure de la paroi utérine, souvent due à une dystocie d'obstacle non traitée
Sage-femme :	Professionnelle qui a suivi une formation complète dans un cours d'obstétrique agréé et qui est capable d'assister des accouchements normaux, de diagnostiquer et de prendre en charge les complications pendant la naissance
SOU complets :	Comprend les fonctions des SOU de base, ainsi que les transfusions sanguines et les césariennes
SOU de base :	Fonctions qui peuvent être accomplies par une infirmière/sage-femme ou un médecin expérimentés, qui sauvent la vie de nombreuses femmes et stabilisent les femmes qui doivent être aiguillées vers un traitement plus complexe
Taux de létalité :	Le nombre de décès provoqués par une condition spécifique divisé par le nombre de personnes qui souffrent de cette condition
Taux de mortalité maternelle :	Le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer, par an
Taux brut de natalité :	Les naissances pour 1 000 habitants, par an
Zone desservie :	Description officielle de la population et de la zone qu'un établissement de santé est censé desservir

Lectures recommandées

Le matériel utilisé dans ce module est extrait de :

Maine, Deborah, *Safe Motherhood Programs : Options and Issues*, Columbia University, New York, 1991.

Cet ouvrage, et les ouvrages ci-dessous, sont les lectures recommandées pour ce cours :

Healthlink Worldwide, *HIV and Safe Motherhood*, 2000.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, New York, octobre 1997.

UNICEF, Programme de maternité sans risque : *Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*, New York, octobre 1999.

Université de Columbia, *Prevention of Maternal Mortality Network : PMM Results Conference Abstracts*, New York, 1996.

Références

En outre, ce module s'est inspiré des ouvrages suivants :

Goodburn, Elizabeth et al., « Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection », *Health Policy and Planning*, 15 (4) : 394-399, Oxford University Press, 2000.

Greenwood, A. M., « A prospective Survey of the outcome of Pregnancy in a rural area of the Gambia » et al., *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 1987, 65 (5), pp. 635-643.

Hall, M. H., Chng, P. K. et MacGillivray, I. « Is Routine Antenatal Care Worth While? », *Lancet*, 12 juillet 1980, 2 : 78-80.

Kaunitz, A. M. et al., « Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1er décembre 1984; 150 (7); pp. 826-31.

Kasongo Project Team, « Antenatal Screening for Fetopelvic Dystocias. A Cost-Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel », *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, août 1984, 87 (4) : 173-183.

Loudon, Irvine, « On Maternal and Infant Mortality 1900-1960 », *Social History of Medicine*, avril 1991, vol. 4, No 1, pp. 29-73.

Ronsmans, Carine et al., « Decline in maternal Mortality in Matlab, Bangladesh : a cautionary tale », *The Lancet*, 20-27 décembre 1997, vol. 350, pp. 1810-14.

Stanton, Cynthia et al., « DHS Maternal Mortality Indicators : An Assessment of Data Quality and Implications for Data Use »,

Demographic and Health Surveys, Analytical Report No 4,
Calverton, Maryland, Macro International Inc., 1997.

Weatherby, N. « Antepartum Assessment of Intrapartum Risk :
National Birth Center Study», document présenté lors de la
conférence intitulée :

*A reassessment of the Concept of Reproductive Risk in Maternal
Care and Family Planning Services*, New York, Population
Council, 12-13 février 1990.

OMS et UNICEF, Estimations révisées en 1990 sur la mortalité
maternelle : nouvelle approche adoptée par l'OMS et l'UNICEF,
avril 1996.

OMS/UNICEF/FNUAP, Estimations 1995, 2001.

Notes

[illegible]

Notes

[illegible]

Notes

[illegible]

Système d'enseignement à distance sur des questions de population



UNFPA
United Nations
Population Fund

Columbia University
Averting Maternal
Death & Disability
(AMDD) Program

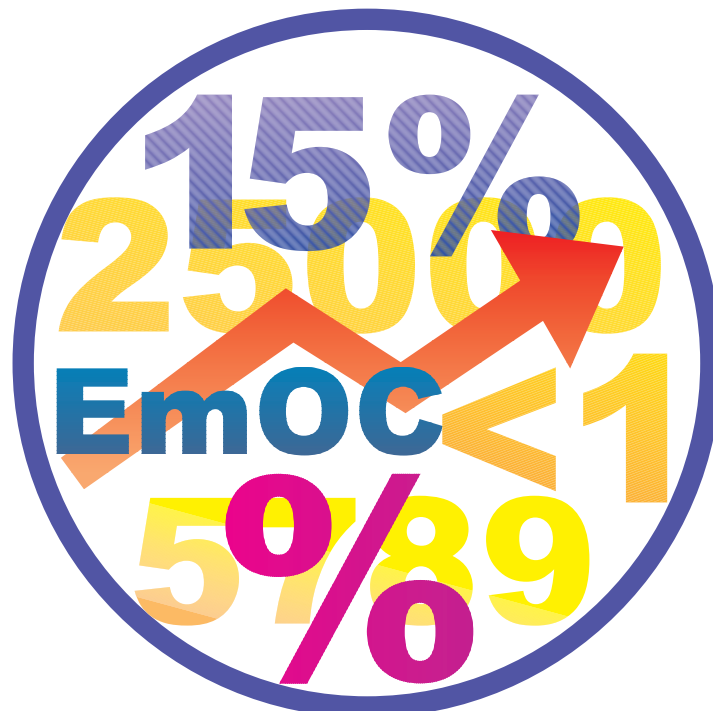


Cours 6

**Réduire les décès maternels :
choisir les priorités, suivre les progrès**

Module 2

**Utiliser les indicateurs pour
évaluer les progrès accomplis
en matière de réduction
des décès maternels**



Systeme d'enseignement à distance sur des questions de population

Cours 6

**Réduire les décès maternels : choisir les
priorités, suivre les progrès**

MODULE 2 :

**Utiliser les indicateurs pour évaluer les
progrès accomplis en matière de
réduction des décès maternels**

REMERCIEMENTS

Ces modules ont été conçus par Nadia Hijab, consultante en développement à New York, avec l'aide des personnes suivantes :

- Dr Marc Derveeuw, conseiller régional SR/PF en gestion, Équipe d'appui du FNUAP, Harare;
- Dr Mamadou Diallo, conseiller régional SR/PF, Équipe d'appui du FNUAP, Dakar;
- Dr France Donnay, Chef de l'Unité de la Reproduction, Division de l'Appui Technique, FNUAP New York;
- Dr Elizabeth Goodburn, conseillère en santé de la reproduction, Centre for sexual and reproductive Health, John Snow International (RU), Londres;
- Dr Jean-Claude Javet, conseiller de projets, Service de santé en matière de reproduction, Division de l'appui technique, FNUAP New York;
- Dr Deborah Maine, Directrice, Averting Maternal Death and Disability Program (Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles), Université de Columbia, New York.

La production de ce cours a été appuyée par le Programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD) de l'école Mailman de Santé Publique de l'Université de Columbia, avec des fonds fournis par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Les modules qui constituent ce cours sont le résultat des contributions de plusieurs personnes dont les noms et les affiliations institutionnelles sont cités ci-dessous. Ce cours fait partie d'une initiative conjointe du Programme des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'École des cadres du système des Nations Unies. Il a pour but d'élargir considérablement la portée de l'enseignement et de l'apprentissage sur des questions de population partout dans le monde grâce à l'enseignement à distance. Le financement est assuré grâce à une subvention généreuse de la Fondation pour les Nations Unies et à une contribution en espèces du Gouvernement français.

Ont participé à ce projet au nom de l'École des cadres du système des Nations Unies à Turin (Italie) : Arnfinn Jorgensen-Dahl, administrateur de projet, Laurence Dubois, responsable de projet et Martine Macouillard, secrétaire de projet, en consultation avec deux membres du personnel de l'Open University au Royaume-Uni, Glyn Martin et Anthony Pearce.

Nous remercions également la Division de l'appui technique et la Division des relations intérieures et extérieures du FNUAP à New York, ainsi que les Équipes d'appui du FNUAP pour leur soutien.

Maquette et mise en page de la couverture : Multimedia Design and Production – Centre de formation international de l'OIT – Turin (Italie)

Photos : Nancy Durrell McKenna, FAO, OIT, Alberto Ramella, Giò Palazzo.

Photos p. 15, 31, 36 et 41 prises par Czikus Carriere pour le compte de l'AMDD.

© Fonds des Nations Unies pour la population, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ou de l'École des cadres du système des Nations Unies.

MODULE 2 :

Utiliser les indicateurs pour évaluer les progrès accomplis en matière de réduction des décès maternels

Table des matières

Introduction.....	1
But et objectifs du Module 2	2

Section 1 :

Mesurer les progrès accomplis en matière de réduction des décès maternels

1.0	Introduction.....	3
1.1	Pourquoi mesurer les décès maternels?	3
1.2	Comment mesurer les progrès en matière de réduction des décès maternels?.....	6
1.3	Résumé de la section 1	9

Section 2 :

Choisir les indicateurs qui conviennent

2.0	Introduction.....	10
2.1	Problèmes liés aux données pour les indicateurs d'impact	10
2.2	Comment les Indicateurs de Processus fonctionnent-ils	15

2.3	Résumé de la section 2	19
-----	------------------------------	----

Section 3 : Calculer les Indicateurs de Processus

3.0	Introduction.....	20
3.1	Quantité de services SOU	20
3.2	Répartition géographique des SOU	25
3.3	Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets.....	26
3.4	Besoin satisfait en termes de SOU ..	28
3.5	Césariennes en proportion du nombre total de naissances	31
3.6	Taux de létalité.....	33
3.7	Les six Indicateurs de Processus	37
3.8	Procéder à des évaluations des besoins	40
3.9	Résumé de la section 3	42

Section 4 : Utiliser les Indicateurs de Processus

4.1	Scénario 1	43
4.2	Scénario 2	44
4.3	Scénario 3	45

Section 5

Résumé du Module 2	46
Réponses aux QAE	47
Glossaire	52
Lectures recommandées.....	55
Références	55

Introduction

Voici le deuxième module de notre cours sur les décès maternels. L'ensemble du cours comprend trois modules. Ce module vous donnera les outils nécessaires pour comprendre l'ampleur du problème et pour évaluer les progrès accomplis vers la solution. Il vous faudra environ 14 heures pour couvrir toute la matière traitée dans ces pages.

Vous vous souviendrez que dans le Module 1, je vous ai expliqué pourquoi le problème des décès maternels n'était toujours pas résolu. Quand vous arriverez au Module 3, vous apprendrez comment faire pour que les politiques et programmes nationaux ciblent les décès maternels. Il vous faudra environ 40 heures pour étudier l'ensemble du cours.

À la fin de ce module, vous serez capable d'utiliser les indicateurs élaborés par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Ils permettent de déterminer les mesures à prendre pour réduire les décès maternels dans votre pays, dans une province ou un district spécifique, puis d'évaluer les progrès accomplis pour résoudre ce problème.

Vous comprendrez aussi mieux quels sont les problèmes méthodologiques qui peuvent être associés à la mesure de la mortalité maternelle. Vous serez capable de définir plusieurs des termes utilisés et d'expliquer la différence entre les indicateurs d'impact et les Indicateurs de Processus. Vous serez également capable de démontrer pourquoi les indicateurs d'impact ne sont pas efficaces lors de la conception et du suivi des programmes.

Vous devez penser qu'il est bizarre d'étudier des outils utilisés pour le suivi, ce que vous ferez dans ce module, avant de parler de la conception des politiques et des programmes destinés à réduire les décès maternels, qui est le thème traité dans le module suivant. Cela s'explique par le fait que ces outils s'appuient sur des données concrètes et qu'ils sont utilisés à la fois pour la conception et le suivi. En commençant à vous familiariser avec ces outils dès maintenant, vous serez mieux à même de vous assurer que les politiques et les programmes reposent sur des données concrètes.

J'ai inclus quelques exercices pratiques dans le texte pour vous donner la possibilité de progresser dans votre étude de manière pertinente pour votre travail. J'ai également étayé le texte d'un certain nombre de questions d'auto-évaluation (QAE) de façon à ce que vous puissiez tester vos connaissances et savoir dans quelle mesure vous maîtrisez le sujet. Les réponses à ces QAE sont données à la fin de ce module.

But et objectifs du Module 2

But :

Utiliser les Indicateurs de Processus pour mesurer les progrès accomplis en matière de réduction des décès maternels.

Objectifs :

À la fin de ce module, vous serez capable de :

1. Définir les termes suivants : indicateurs, indicateurs d'impact, Indicateurs de Processus, soins obstétriques d'urgence de base, soins obstétriques d'urgence complets, besoin satisfait en termes de soins obstétriques d'urgence, taux de létalité, évaluation des besoins et discussion de groupe participative (QAE 1, QAE 2, QAE 3).
2. Comprendre les problèmes que l'on rencontre lorsqu'on veut mesurer les décès maternels (QAE 1).
3. Expliquer la différence entre les indicateurs d'impact et de processus (QAE 2).
4. Expliquer pourquoi l'utilisation des indicateurs d'impact pour suivre des interventions destinées à réduire les décès maternels n'est pas pratique (QAE 5).
5. Donner des exemples de questions auxquelles on peut répondre grâce aux Indicateurs de Processus (QAE 6, QAE 9).
6. Utiliser les Indicateurs de Processus pour choisir les stratégies d'intervention appropriées (QAE 7, QAE 8, QAE 10, QAE 19, QAE 20).
7. Utiliser les Indicateurs de Processus pour suivre les progrès accomplis en termes de réduction des décès maternels (QAE 13, QAE 16, QAE 17, QAE 18, QAE 21, QAE 22, QAE 23, QAE 24, QAE 25).



Czikus Carriere

Section 1 : Mesurer les progrès en matière de réduction des décès maternels

1.0 Introduction

Deux grandes questions sont liées à la mesure des décès maternels : pourquoi les mesurer et comment les mesurer. Dans cette section, je vais vous expliquer **pourquoi** les planificateurs et administrateurs de programmes ont besoin de mesurer les décès maternels.

Ensuite, je vous montrerai **comment** les chercheurs et d'autres ont essayé de mesurer la mortalité maternelle au fil des années. Je définirai les termes utilisés dans deux méthodes différentes permettant de mesurer la mortalité maternelle : les indicateurs d'impact et les Indicateurs de Processus. Puis, j'introduirai les Indicateurs de Processus de l'ONU.

1.1 Pourquoi mesurer les décès maternels?

Pourquoi les planificateurs et les administrateurs de programmes désirent-ils connaître la gravité du problème des décès maternels ou en fait de tout autre problème? Tout d'abord, bien sûr, ils veulent identifier l'ampleur du problème. Si le problème n'est pas trop grave, les deniers publics et le temps des planificateurs seront consacrés plus utilement à des problèmes plus critiques.

Deuxièmement, ils ont besoin d'informations précises pour planifier les interventions politiques et programmatiques appropriées; autrement, l'argent et le temps investis serviront à régler de faux problèmes. Et troisièmement, ils ont besoin de savoir si des progrès ont été accomplis grâce aux plans et programmes qu'ils ont appliqués. S'il n'y a aucun changement, ils devront revoir leur copie.

Les discussions sur l'évaluation de la gravité des problèmes sociaux – ainsi que sur le progrès des nations dans la lutte contre ces problèmes – sont allées crescendo au cours de la dernière décennie du 20^e siècle. Le débat a été alimenté par une série de conférences internationales qui se sont déroulées au cours des années 90, sur des questions comme celles des enfants (New York, 1990), de l'environnement et du développement (Rio, 1992), des droits de l'homme (Vienne, 1993), de la population et du développement (le Caire, 1994), du développement social

(Copenhague, 1995), des femmes (Beijing, 1995), de l'habitat (Istanbul, 1996) et de la sécurité alimentaire (Rome, 1997).

Les gouvernements ont compris que s'ils connaissaient plus ou moins l'envergure de certains problèmes comme la pauvreté, la santé et l'analphabétisme, les outils dont ils disposaient étaient beaucoup plus limités quand il s'agissait de mesurer les progrès accomplis grâce à des interventions programmatiques.

C'est pourquoi les pays donateurs, les organismes de développement et les pays en développement ont commencé à investir dans des outils permettant de mesurer l'impact des fonds qu'ils affectaient à la résolution de leurs différents problèmes. Des expressions comme les « indicateurs de succès » et « gestion fondée sur les résultats » ont commencé à faire partie du quotidien des agents de développement.

Encadré I

Les indicateurs aident à déterminer dans quelle mesure un programme ou un projet permet d'atteindre les résultats escomptés. Ce sont des moyens de mesurer ce qui s'est passé par rapport à ce qui avait été planifié, en termes de quantité, qualité et calendrier.



CIDA/Nancy Durrell McKenna

La recherche de mesures appropriées a fait partie de la croisade en faveur de la transparence. Les gouvernements des pays en développement comme ceux des pays développés ont compris qu'il était important qu'ils rendent des compte sur la manière dont les fonds publics étaient dépensés – que ces fonds proviennent des impôts, contributions communautaires, contributions des bailleurs de fonds, prêts étrangers ou d'autres sources.

Les indicateurs sont un moyen de montrer aux planificateurs et aux administrateurs de programmes s'ils sont sur la bonne voie ou si, au contraire, ils doivent réorienter leurs efforts ou investir davantage de ressources. Les indicateurs sont établis à l'aide d'une série de données pertinentes. Prises ensemble, les données indiquent si des progrès ont été accomplis ou si le programme fait du surplace. Je reviendrai sur le type de données nécessaires pour mesurer les progrès accomplis en faveur de la réduction des décès maternels dans la section 2.

Le tableau général que je viens de brosser décrit bien le problème spécifique des décès maternels. Vous vous souvenez que, dans le Module 1, j'ai mentionné que l'ampleur de ce problème avait été une source importante de préoccupation pour la communauté internationale en 1987, lors de la tenue de la Conférence sur la maternité sans risques à Nairobi.

Selon les estimations, 515 000 femmes, vivant en majorité dans des pays en développement, mouraient chaque année de causes liées à la grossesse (OMS/UNICEF/FNUAP, 2001).

Lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990, un objectif a été fixé : réduire de moitié la mortalité maternelle dans les pays en développement entre 1990 et 2000. Cet objectif a été réaffirmé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est déroulée au Caire en 1994 et lors du quatrième Sommet mondial sur les femmes, à Beijing, en 1995.

Au cours de ces conférences, les gouvernements ont fixé un certain nombre d'autres buts et objectifs sociaux et ils ont souligné l'importance d'avoir des indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis vers la résolution de ces problèmes. Voir, par exemple, dans l'encadré 2 la déclaration faite dans le Plan d'action adopté lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

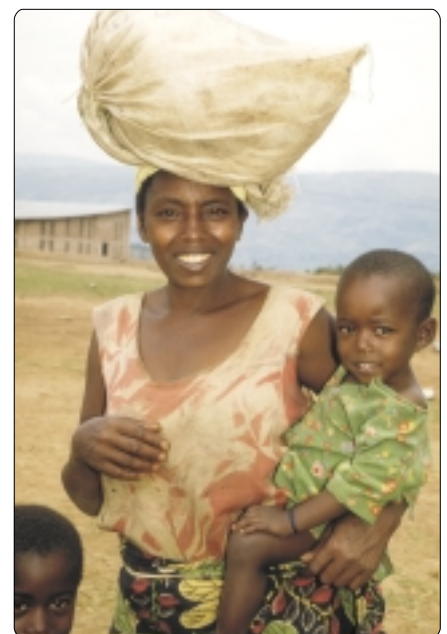
Encadré 2

« Chaque pays devrait mettre en place les mécanismes nécessaires pour rassembler, analyser et publier régulièrement et en temps voulu les données leur permettant de suivre les indicateurs sociaux ... qui témoignent des progrès faits vers la réalisation des objectifs énoncés dans le présent Plan d'action et dans les plans d'action nationaux correspondants. » [par. 34 (v)]

En d'autres termes, chaque gouvernement devrait trouver des moyens de réunir des données sur la situation, de façon à construire des indicateurs et à mesurer les progrès accomplis vers la réalisation du but final qui est, dans notre cas, la réduction des décès maternels. Pour permettre au monde dans son ensemble d'enregistrer les progrès accomplis, les données réunies devront être comparables entre les divers pays.

Dans l'examen, après cinq ans, des progrès accomplis dans l'application des décisions de la Conférence sur la population et le développement (CIPD+5), l'Assemblée générale de l'ONU a adopté un certain nombre d'actions concernant la mortalité maternelle, y compris l'accès à des soins obstétriques de qualité et à un personnel bien formé pour suivre les accouchements. (Actions clés, chapitre IVC).

[Dans le Module 1, vous avez vu pourquoi l'incidence des décès maternels est toujours aussi élevée dans les pays en développement. Vous avez appris que la grande majorité des décès était due à deux causes médicales directes qui exigent des soins obstétriques d'urgence (SOU). J'ai démontré que, quand les SOU sont disponibles et que les femmes les utilisent, des vies peuvent être sauvées, et que le nombre de décès reste élevé quand il n'y a pas de SOU.



J'ai fait valoir que les nombreux programmes destinés à promouvoir la santé communautaire qui avaient été introduits dans des pays en développement ne résolvaient pas spécifiquement le problème central des SOU. Au cours des dernières années, nous avons mieux compris le rôle central des SOU. Des programmes spécifiques sont mis en œuvre aujourd'hui pour mettre les services appropriés à la disposition des femmes et pour s'assurer qu'elles les utilisent. La question qui se pose est la suivante : comment mesurer l'ampleur du problème et le succès ou l'échec des interventions destinées à le résoudre? C'est le sujet que je traiterai dans la section suivante.

1.2 Comment mesurer les progrès en matière de réduction des décès maternels?

Il y a deux moyens de mesurer les progrès réalisés grâce aux efforts visant à réduire les décès maternels. Le premier consiste à utiliser des indicateurs d'impact et le deuxième consiste à utiliser des Indicateurs de Processus. Les indicateurs d'impact révèlent les changements apportés à un phénomène donné (comme les décès maternels) tandis que les Indicateurs de Processus montrent les changements intervenus dans les activités qui mènent à ce phénomène. Ces deux types d'indicateurs sont aussi utilisés dans d'autres secteurs que les décès maternels.

Encadré 3

Les indicateurs d'impact de la mortalité maternelle révèlent des changements en termes de décès maternels.

Encadré 4

Les Indicateurs de Processus de la mortalité maternelle révèlent des changements dans les activités ou circonstances dont on sait qu'elles contribuent aux décès maternels ou qu'elles les préviennent.

Laissez-moi vous donner quelques explications supplémentaires sur ces deux types d'indicateurs. J'ai décrit certains indicateurs d'impact dans le Module 1. En fait, je vous ai présenté trois indicateurs d'impact : le rapport de mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle et le risque à vie pour les femmes. Ce sont trois moyens d'exprimer des changements dans les décès eux-mêmes. Cela semble intéressant. En théorie, des mesures régulières pendant une certaine période pourraient être utilisées pour mesurer les tendances de la mortalité maternelle et nous aider à mesurer les progrès réalisés vers la réduction des décès maternels. Mais en pratique? Je reviendrai sur cette question dans la section 2.

En ce qui concerne les Indicateurs de Processus, je voudrais vous donner un exemple extrait d'un autre problème de santé, la mortalité infantile. Vous savez que la vaccination pendant l'enfance permet d'éviter certaines maladies meurtrières, comme la rougeole. Les décès provoqués par la rougeole sont difficiles à compter. Donc, les efforts visant à évaluer les progrès accomplis portent généralement sur le processus (la proportion d'enfants qui ont été vaccinés) plutôt que sur l'impact (les taux de décès dus à la rougeole).

Si, par exemple, l'un des buts fixés dans un plan d'action est de vacciner tous les enfants d'une province et s'il est prouvé que les programmes sont efficaces, les planificateurs et les administrateurs de programmes peuvent être raisonnablement certains qu'ils ont agi de manière à prévenir la majorité des décès provoqués par la rougeole.

De même, puisque nous avons appris dans le Module 1 que les SOU étaient indispensables à la réduction des décès maternels, les indicateurs qui nous donnent des informations sur la disponibilité ou la pénurie de SOU nous disent si nous sommes sur la bonne voie pour réduire les décès maternels. Laissez-moi vous donner quelques exemples tirés de ce que nous avons appris ensemble auparavant. Il s'agit du cas de la population du Matlab au Bangladesh, que j'ai décrit en détail dans le Module 1 de ce cours.

Au Matlab, les services de SOU sont devenus plus accessibles à la population grâce à une intervention programmatique spéciale appliquée dans la moitié de la région et grâce aux établissements publics et privés disponibles dans l'ensemble de la région.

C'est un fait auquel je peux avoir accès facilement. Je sais aussi qu'en 1990, près de la moitié de la population pouvait atteindre en deux heures des établissements de santé offrant des services de SOU. (Vous vous souvenez qu'il faut en moyenne deux heures pour que l'urgence obstétrique qui agit le plus rapidement, à savoir l'hémorragie postpartum, entraîne la mort.)

Donc, si je suis un planificateur, j'ai déjà deux indications sur les changements de situation grâce à cette simple information. Le premier indicateur est que des établissements opérationnels prodiguant des SOU existent. Et le deuxième indicateur est que ces établissements sont bien répartis en termes géographiques, en tout cas pour la moitié de la population. Pour moi c'est une bonne nouvelle puisque je sais que les SOU sont essentiels pour réduire les décès maternels. Ce sont deux des Indicateurs de Processus utilisés pour suivre les progrès en matière de réduction des décès maternels.

Maintenant, bien sûr, en tant que planificateur je vais avoir besoin d'autres Indicateurs de Processus pour être sûr que les femmes ont la vie sauve. J'aurai besoin de quelque chose qui me dise si les femmes utilisent les établissements. Si je découvre qu'elles ne les utilisent pas, j'essaierai de comprendre pourquoi et de résoudre ce problème grâce à des interventions programmatiques.

J'aurai aussi besoin d'un indicateur qui me dise quel type de soins les femmes reçoivent quand elles viennent en consultation dans ces établissements. Si je découvre qu'elles continuent à mourir à l'hôpital, alors j'étudierai la qualité moyenne des soins et je m'attaquerai au problème par l'intermédiaire de mon programme.



Un groupe de six indicateurs ont été présenté dans les *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (UNICEF, 1992), puis ils ont été peaufinés et republiés dans une édition ultérieure (UNICEF/OMS/FNUAP, 1997). Ces Indicateurs de Processus de l'ONU ont été testés sur le terrain au Bangladesh, en Inde et au Maroc et ils sont utilisés aujourd'hui dans des dizaines de pays partout dans le monde. Une grande partie de la matière présentée dans ce module est extraite de ces *Guidelines* (voir Lectures recommandées) et j'y ferai souvent référence en utilisant l'expression « Indicateurs de Processus ».

Je reviendrai sur ce sujet plus en détail dans les sections 2 et 3. Ce que je veux maintenant, c'est vous faire comprendre ce que sont ces Indicateurs de Processus et en quoi ils diffèrent des indicateurs d'impact. Pour résumer, les indicateurs d'impact mesurent les changements intervenus dans les décès maternels, tandis que les Indicateurs de Processus mesurent les changements intervenus dans les conditions qui entraînent ou qui préviennent les décès maternels.

Vous avez probablement plusieurs questions à poser. En particulier, dans quelle mesure ces deux différents groupes d'indicateurs sont-ils utiles pour votre travail? Quels sont les indicateurs qui aident réellement à identifier l'ampleur du problème, à planifier les interventions appropriées et à suivre les progrès lors de la mise en œuvre des programmes et des projets?

Dans la section 2, je répondrai à ces questions en passant en revue les avantages et les inconvénients de chaque groupe d'indicateurs : les indicateurs d'impact par rapport aux Indicateurs de Processus. Mais tout d'abord, quelques QAE. Essayez de répondre avant de regarder les réponses données à la fin de ce module. C'est le seul moyen de savoir si vous avez bien compris la matière étudiée.



QAE I

Pourquoi les données sont-elles importantes pour s'attaquer à des problèmes comme celui du décès maternel?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 2

Que mesure-t-on avec les indicateurs d'impact? Que mesure-t-on avec les Indicateurs de Processus? Donnez un exemple de chacun de ces indicateurs.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 3

(Révision) Décrire ce qui est mesuré par : le rapport de mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle et le risque à vie.

Rapport de mortalité maternelle.....

.....

.....

Taux.....

.....

.....

Risque à vie

.....

.....

1.3 Résumé de la section 1

Dans cette section, vous avez appris pourquoi les planificateurs et administrateurs de programmes ont besoin de connaître l'ampleur du problème des décès maternels et les moyens qu'ils utilisent pour trouver cette information. Vous avez aussi appris que les indicateurs sont utiles pour mesurer la gravité d'un problème, fixer les priorités, concevoir les programmes et suivre les interventions. La communauté internationale attache aujourd'hui une grande importance à la collecte et à l'analyse des données pour suivre les progrès accomplis vers la résolution des problèmes sociaux. Vous avez appris à connaître deux types d'indicateurs, les indicateurs d'impact et les Indicateurs de Processus.

Section 2 : Choisir les indicateurs qui conviennent

2.0 Introduction

Dans cette section, je vais décrire certaines des données nécessaires pour construire des indicateurs d'impact ainsi que des Indicateurs de Processus. J'évoquerai les problèmes qui surgissent lorsqu'on rassemble des données pour les indicateurs d'impact, par exemple : sous-notification des décès maternels, erreur de déclaration sur la cause du décès et fréquence des décès. Je vais également décrire l'ensemble des Indicateurs de Processus qui nous aideront à évaluer le problème et à suivre les progrès accomplis grâce au programme.

2.1 Problèmes liés aux données pour les indicateurs d'impact

J'ai mentionné plus haut que les indicateurs d'impact indiquaient les changements intervenus dans un phénomène. Je vous ai donné trois exemples d'indicateurs d'impact : rapport de mortalité maternelle, taux de mortalité maternelle et risque à vie.

Les données nécessaires pour calculer chacun de ces indicateurs d'impact peuvent être obtenues en consultant les statistiques gouvernementales ou en effectuant différents types d'enquêtes sur les ménages. Seules quelques informations sont nécessaires pour calculer ces indicateurs :

- pour calculer le rapport de mortalité maternelle, vous avez besoin de trois chiffres : le nombre de décès maternels dans la population, le taux brut de natalité (les naissances pour 1 000 habitants, par année) et la taille de la population.
- Pour le taux de mortalité maternelle, vous n'avez besoin que de deux chiffres : le nombre de décès maternels dans une population et le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans.
- Pour le risque à vie, vous avez besoin de quatre chiffres : le nombre de décès maternels dans une population, le taux brut de natalité, le taux total de fécondité et la taille de la population.

Vous aurez noté qu'un chiffre se retrouve dans ces trois indicateurs d'impact : le nombre de décès maternels. Le problème, c'est qu'il est très difficile à obtenir. Et nous voilà arrivés au cœur du problème concernant le calcul des indicateurs d'impact pour pouvoir fixer les priorités programmatiques, concevoir et suivre les programmes. Laissez-moi vous donner des exemples de problèmes qui surgissent quand on veut mesurer les décès maternels.

Le premier problème a trait à la sous-notification des décès. Dans la majorité des pays en développement, le décès intervient habituellement à la maison ou sur le chemin de l'hôpital. C'est surtout vrai pour les pauvres. Donc, de nombreux décès ne sont simplement pas déclarés. Ce fait apparaît clairement quand les chercheurs comparent le nombre de décès inscrits dans les registres des hôpitaux au nombre de décès qui interviennent dans la communauté. Par exemple, dans une étude réalisée en Inde en 1984-1985, 18 % seulement des décès maternels intervenus dans les zones rurales apparaissaient dans les registres, le taux étant de 69 % seulement des décès dans les zones urbaines (Bhatia, 1985). Ces écarts apparaissent lorsque des chercheurs examinent les chiffres officiels et font ensuite des enquêtes de porte-à-porte dans la communauté.



Nancy Durrell McKenna

Le deuxième problème est l'erreur de déclaration concernant la cause du décès. Dans de nombreux cas, le décès est répertorié, mais pas sous la rubrique « Décès maternel ». Dans le Module 1, j'ai cité la définition que donne l'OMS du décès maternel. Le décès maternel est causé par une complication liée à la grossesse d'une femme. Cette complication peut intervenir quand elle est enceinte ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse.

Il ne suffit pas de savoir qu'une femme est décédée, encore faut-il connaître la cause et le moment du décès pour le classer sous la rubrique des décès maternels. En comparaison, lorsqu'un enfant meurt, tout ce que vous devez savoir c'est l'âge de l'enfant pour le classer sous la rubrique « Mortalité infantile ». Les problèmes concernant le classement des décès sous la rubrique « Décès maternel » dans les pays en développement sont les suivants :

- même lorsque le décès est déclaré, la cause du décès n'est souvent pas mentionnée.
- les femmes peuvent succomber à des complications obstétriques aux urgences ou dans des services médicaux autres que les services de maternité et leur décès peut ne pas être inscrit sous la rubrique « Décès maternel ».
- les décès provoqués par des complications à la suite d'un avortement sont des décès maternels. Mais dans de nombreux pays, les femmes qui se font avorter vont cacher ce fait. Lorsqu'une femme meurt à la suite d'un avortement non médicalisé, il y a de fortes chances pour que les causes du décès ne soient pas révélées.
- certaines femmes succombent à des complications obstétriques avant qu'elles-mêmes ou la famille qui déclare le décès sachent qu'elles étaient enceintes; ces décès ne sont donc pas classés sous la rubrique des décès maternels.

Ces problèmes existent même dans les pays développés. En Angleterre et au Pays de Galles, 22 % des décès maternels manquaient dans les rapports officiels entre 1982 et 1984, comme ont pu le constater des chercheurs qui effectuaient des enquêtes en profondeur dans la communauté (Turnbull *et al.*, 1989). Aux États-Unis, on a découvert à plusieurs reprises que les décès maternels étaient sous-notifiés de près de 50 % jusque dans les années 90.

La sous-notification et les erreurs concernant la déclaration des décès maternels constituent de sérieux obstacles lorsque l'on veut calculer des indicateurs d'impact précis. L'autre problème grave concernant les données nécessaires pour les indicateurs d'impact est la fréquence relativement faible des décès dans une population sur une courte période. Les décès maternels sont la cause la plus courante de décès parmi les jeunes femmes adultes des pays en développement, mais les décès en général sont relativement rares dans ce groupe d'âge.

Par exemple, vous vous souvenez probablement que la région du Matlab au Bangladesh est l'une des régions les plus étudiées du monde en développement. Donc, les rapports sur les décès maternels y sont plus précis que pour toute autre région du monde. Mais il y a tout de même des problèmes.

Un groupe de chercheurs a étudié tous les décès dans une population de 21 000 femmes en âge de procréer entre 1984 et 1986 (Fauveau *et al.*). Ils n'ont enregistré que 40 décès maternels pendant cette période de trois ans. Vous vous souvenez que dans le Module 1, nous avons vu que le rapport de mortalité maternelle du Bangladesh était de 850.

En d'autres termes, bien que la mortalité maternelle pour l'ensemble de la population du Bangladesh soit relativement élevée, lorsqu'on étudie de petits groupes de population pendant une courte période, les décès maternels sont relativement peu nombreux.

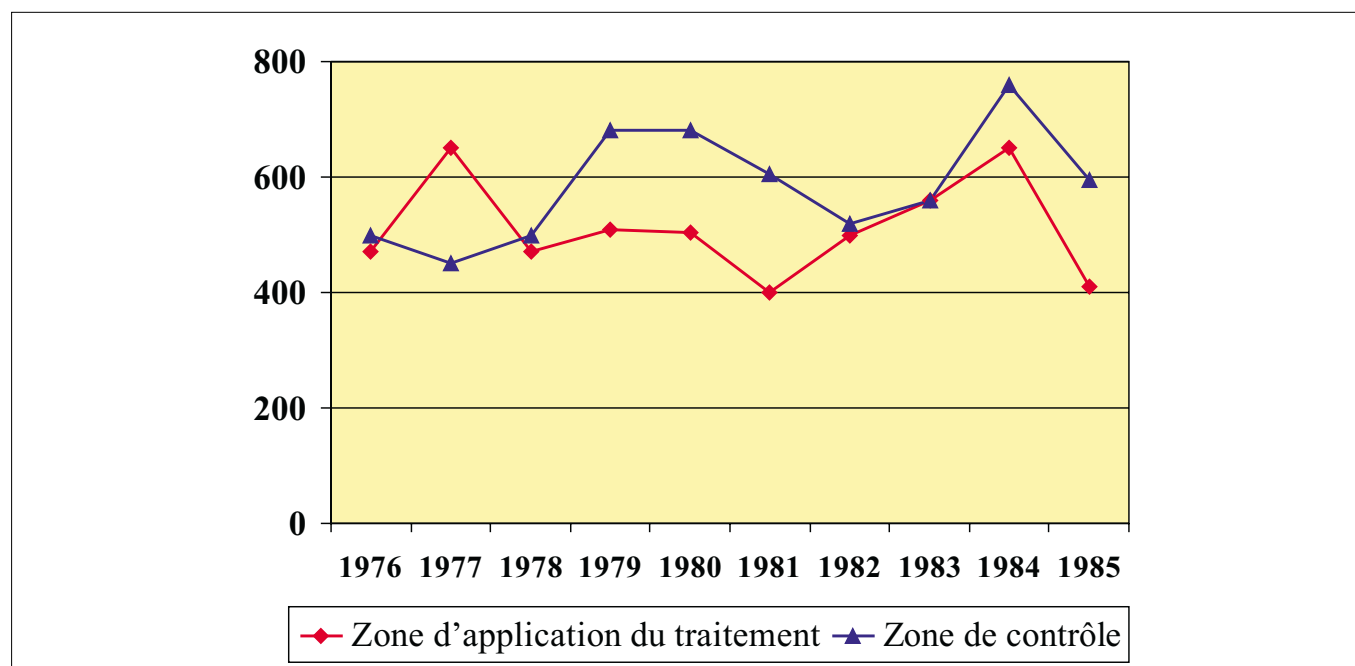
Le petit nombre de décès chaque année donne aussi l'impression que les taux « sautent » sans arrêt. Lorsqu'un autre groupe de chercheurs a étudié les décès maternels dans deux endroits différents du Matlab entre 1976 et 1985, le rapport de mortalité maternelle a « sauté », de sorte qu'il s'est avéré difficile de savoir si la situation s'améliorait dans la zone desservie par rapport à une autre zone non desservie, et pourquoi (Koenig, M., 1990). C'est un réel problème si le planificateur cherche à vérifier l'efficacité des interventions programmatiques.



Czikus Carrière

Figure 1

Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, Matlab, Bangladesh, 1976-1985
(extrait de Koenig, M., 1990, reproduit dans les *Guidelines*)



Si vous voulez calculer le rapport de mortalité maternelle et être précis, vous pouvez le faire en étudiant de grandes populations. Selon les statisticiens, vous aurez besoin d'un échantillon de 50 000 naissances – ou, en d'autres termes, d'environ 200 000 ménages – pour documenter un rapport de mortalité maternelle de 400 avec un peu de sérieux (voir les *Guidelines* pour de plus amples détails). Votre marge d'erreur serait alors d'environ 20 %. Pour arriver à une marge d'erreur de 10 %, il vous faudrait un échantillon de 800 000 ménages, ce qui est de toute évidence très coûteux et laborieux.

Certains chercheurs ont mis au point de nouveaux moyens de réunir des données sur les décès maternels, comme la méthode « sororale » pour laquelle on n'a pas besoin d'un très grand échantillon pour atteindre un certain seuil de confiance (environ 2 000 personnes interrogées). Dans ce type d'enquête sur les ménages, les données sont réunies en interrogeant chaque adulte de la famille sur le décès de sœurs qui auraient succombé à une grossesse.

Le principal problème que posent les enquêtes sororales c'est que les données portent sur le passé – entre 6 à 12 ans plus tôt – selon la taille de l'échantillon utilisé. Le temps écoulé signifie que les enquêtes sur les sœurs ne fournissent pas d'informations utiles sur les programmes appliqués aujourd'hui.

Si vous voulez étudier plus en détail les moyens de calculer les indicateurs d'impact, référez-vous à l'annexe 1 des *Guidelines* de l'UNICEF/OMS/FNUAP (1997). Pour les besoins de ce cours, je me contenterai de mentionner que le calcul d'indicateurs d'impact précis pose de graves problèmes méthodologiques.

Pour résumer, les problèmes sont les suivants :

□ Beaucoup de pays qui affichent une mortalité maternelle élevée ne possèdent pas les systèmes qui permettraient de réunir des statistiques vitales, et les décès sont sous-notifiés.

- Les décès maternels sont souvent déclarés sous une fausse rubrique, même dans les pays où les registres sont relativement complets.
- L'échantillon de population nécessaire à une enquête sur les ménages doit être très grand pour que les résultats soient fiables, ce qui est coûteux et laborieux.
- La méthode d'enquête sur les ménages la plus efficace pour obtenir des informations sur les décès maternels (méthode « sororale ») donne des estimations sur une période située entre 6 et 12 ans avant l'étude, ce qui ne sert à rien si on veut mesurer l'impact des programmes en cours.

Mais assumons pour un instant que, grâce à un miracle de la technologie moderne et de l'organisation humaine, vous pouvez recevoir chaque année sur votre bureau des rapports de mortalité maternelle précis. Dans quelle mesure vous aideront-ils à élaborer des programmes destinés à faire reculer les décès maternels?

Ils révéleraient certainement qu'un nombre inacceptable de femmes meurent dans votre pays, peut-être 200 femmes pour 100 000 naissances vivantes ou 400 ou même 800. Mais ces chiffres ne vous apprennent pas grand-chose d'autre. Où se situent les problèmes, et où faut-il prévoir des solutions? Y a-t-il suffisamment d'établissements de santé dans le pays?

Fonctionnent-ils bien, mal ou pas du tout? Les gens les utilisent-ils? Telles sont les questions auxquelles il faut répondre pour concevoir et superviser des programmes destinés à faire reculer les décès maternels. Les indicateurs d'impact ne vous aident pas à le faire.

Si tel est le cas, pouvez-vous vous demander, que peut-on faire pour évaluer l'effet qu'ont les plans et les programmes sur la réduction des décès maternels? C'est alors que les Indicateurs de Processus interviennent, comme je le l'expliquerai dans la section suivante. Mais d'abord, quelques QAE...



ILO Turin/Brandi



QAE 4

Quelles sont parmi les raisons suivantes celles qui expliquent pourquoi les indicateurs d'impact ne permettent pas, en pratique, de superviser les programmes visant à faire reculer les décès maternels?

- a. Coût
- b. Taille de l'échantillon
- c. Non pertinent pour les besoins du programme

a

b

c

 QAE 5

Décrivez trois problèmes auxquels vous auriez à faire face en calculant des indicateurs d'impact.

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

2.2 Comment les Indicateurs de Processus fonctionnent-ils

Comme mentionné ci-dessus, les Indicateurs de Processus permettent de suivre les changements qui interviennent dans les conditions qui entraînent ou permettent d'éviter des décès maternels. Comme tels, ils conviennent mieux que les indicateurs d'impact quand on veut suivre les résultats des plans et des programmes. Spécifiquement, ils sont supérieurs sur trois plans :

- ils donnent des informations sur l'endroit où les problèmes se situent, ce qui est utile pour planifier au niveau national. Ces informations peuvent être renforcées en réalisant des études supplémentaires au niveau infranational pour concevoir des programmes ciblés.
- ils sont sensibles aux changements et peuvent alerter rapidement un planificateur sur les changements positifs et négatifs qui interviennent dans les services obstétriques.
- la collecte de données pour les indicateurs est relativement bon marché et directe car la plupart des informations sont réunies par les établissements de santé. Et une fois que le travail initial qui consiste à mettre à jour et à standardiser les systèmes de registres dans les établissements est achevé, le suivi est bon marché et peut être effectué dans le cadre des tâches quotidiennes.

Je vais vous donner des exemples pour illustrer ces trois points à la fin de la section 3, qui couvre en détail le contenu des indicateurs.

Puisque les SOU sont essentiels pour sauver les femmes qui souffrent de complications obstétriques, l'élaboration d'indicateurs permettant d'évaluer la disponibilité et l'utilisation des services obstétriques est une contribution importante des *Guidelines* aux efforts visant à lutter contre le problème des décès maternels.

Vous le verrez dans les prochaines pages, les Indicateurs de Processus aident le planificateur ou l'administrateur de programmes à répondre à quatre questions dans le cadre du suivi des décès maternels :

1. Les services de SOU existent-ils?
2. Ces services sont-ils bien répartis?
3. Les femmes enceintes, surtout celles qui en ont réellement besoin, les utilisent-elles?
4. La qualité moyenne des services est-elle suffisante (en d'autres termes, les services de SOU qui existent fonctionnent-ils vraiment?)

Les deux premières questions ont trait à la couverture de la population, la troisième à l'utilisation et la quatrième à la performance de l'établissement. Je vous dis tout de suite que je ne cherche pas à prouver que toutes les naissances doivent intervenir dans un établissement de santé. En d'autres termes, le but n'est pas de nous assurer que toutes les femmes accouchent dans des hôpitaux, mais de satisfaire les besoins des femmes qui ont besoin de SOU.

Beaucoup de femmes, en particulier dans les pays en développement, préfèrent accoucher à la maison. Et cela ne pose pas de problème. Quoi qu'il en soit, rares sont les pays en développement qui auraient les moyens de construire des hôpitaux ou de garantir des effectifs suffisants pour prendre en charge tous les accouchements. Je veux simplement dire que les femmes enceintes qui souffrent de complications obstétriques devraient avoir accès rapidement à des établissements opérationnels qui prodiguent des SOU.

Concernant le dernier point qui porte sur la performance des établissements, il va de soi que les établissements prodiguant des SOU doivent maintenir un certain niveau de qualité. Il est inutile que les femmes se rendent dans un établissement de santé qui ne peut pas leur fournir immédiatement le traitement dont elles ont besoin.

Les *Guidelines* présentent six indicateurs permettant de répondre aux questions que les planificateurs et les administrateurs de programmes devraient se poser quand ils s'attaquent au problème des décès maternels.

Les indicateurs figurent au tableau 1.



Czikus Carriere

Tableau 1
Indicateurs de Processus

Indicateur	Question traitée
1. Quantité de services de SOU disponibles	Cet indicateur répond à la question de savoir si des services de SOU existent.
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU	Cet indicateur indique si les services sont situés de façon à ce que les femmes puissent y accéder.
3. Proportion de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU	Ces trois indicateurs portent sur la question de savoir si les femmes utilisent les services, en particulier celles qui en ont réellement besoin.
4. Besoin satisfait en termes de prestations de SOU	
5. Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances	
6. Taux de létalité	Il s'agit d'une mesure grossière de la manière dont les établissements fonctionnent.

Je suis sûre que vous vous posez beaucoup de questions en regardant ce tableau. Par exemple, qu'entend-on par « besoin satisfait » et qu'est-ce que le taux de létalité? J'expliquerai tous les termes de ce tableau dans la section 3. J'expliquerai également dans la section 3 quelles sont les données nécessaires pour construire ces indicateurs.

Il est important de noter que les Indicateurs de Processus ont été mis au point à des fins de supervision au niveau national. Ils fonctionnent également bien au niveau infranational, mais les planificateurs et administrateurs de programmes découvriront qu'ils auront besoin de détails supplémentaires pour répondre à toutes leurs questions; ils devront réunir d'autres informations en effectuant des études spécifiques. En outre, la plupart des systèmes de données ne donnent pas d'informations sur les complications liées à la grossesse; il faudra donc souvent améliorer les systèmes de statistiques. Il faudra aussi former et superviser le personnel pour conserver la qualité des données. Enfin, les fonctionnaires du gouvernement ne connaissent pas nécessairement ces indicateurs.

En d'autres termes, les indicateurs vous diront si vous êtes sur la bonne voie (ou si vous faites fausse route) mais ils ne vous donneront pas, à eux seuls, suffisamment de détails pour élaborer un programme. Par définition, un indicateur ne nous dit pas tout. Il se contente d'indiquer si tout va bien ou non. Certaines des méthodes utilisées pour évaluer une situation plus en détail sont décrites dans la section 3.8, après la discussion sur les indicateurs.



QAE 6

À quels types de questions les Indicateurs de Processus aident-ils les planificateurs et les administrateurs à répondre?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 7

Quelles sont les tâches suivantes que vous pouvez accomplir grâce aux Indicateurs de Processus?

- a. Évaluer le fonctionnement d'un système de prestations de soins obstétriques
- b. Suivre les changements en matière de décès maternels
- c. Comprendre si les femmes utilisent les établissements prodiguant des SOU

a

b

c

**QAE 8**

Quelles sont parmi les tâches suivantes celles que vous pouvez accomplir grâce aux indicateurs d'impact?

- a. Identifier les lacunes des services
- b. Identifier les interventions prioritaires
- c. Obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle

☐ a☐ b☐ c**QAE 9**

Quelles sont, parmi les questions suivantes, celles auxquelles les Indicateurs de Processus n'apportent pas de réponse?

- a. Y a-t-il suffisamment d'établissements prodiguant des SOU dans la région?
- b. Les services de SOU évitent-ils les complications obstétriques?
- c. Les établissements pratiquent-ils suffisamment de césariennes?

☐ a☐ b☐ c

2.3 Résumé de la section 2

Dans cette section, vous avez obtenu des informations supplémentaires sur les indicateurs d'impact et sur les Indicateurs de Processus. Vous avez pu voir quels étaient les problèmes associés avec l'évaluation du nombre de décès maternels, un chiffre nécessaire pour calculer les indicateurs d'impact. Vous avez également appris que même des indicateurs d'impact précis à 100 % (ce qui est techniquement impossible) ne permettraient pas d'assurer le suivi des plans et des programmes. J'ai parlé du type de questions que l'on peut aborder en utilisant des Indicateurs de Processus et j'ai énuméré les six Indicateurs de Processus.

Section 3 : Calculer les Indicateurs de Processus

3.0 Introduction

Dans cette section, je vais expliquer le but de chacun des six Indicateurs de Processus présentés dans la section 2 et je vous ferai connaître les données nécessaires pour calculer chacun d'entre eux. Les six indicateurs sont :

1. Quantité de services de SOU disponibles;
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU;
3. Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU;
4. Besoin satisfait en termes de prestations de SOU;
5. Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances; et
6. Taux de létalité.

Vous allez apprendre de nouvelles expressions : SOU de base, SOU complets, besoin satisfait en termes de SOU, taux de létalité, évaluation des besoins, discussion de groupe participative. Vous allez également apprendre quel type d'information vous sera utile pour mieux comprendre les faits mis en lumière par les Indicateurs de Processus. À la fin de la section 3, vous serez prêt à commencer à utiliser les Indicateurs de Processus.

3.1 Quantité de services SOU

Le premier des six Indicateurs de Processus est la quantité de services de SOU qui existent. Pour pouvoir dire si des services suffisants existent, il faut connaître un certain nombre de choses. Pour commencer, quels sont les services nécessaires pour que les femmes aient la vie sauve? Et chaque établissement a-t-il besoin d'avoir le même niveau de services?

Pour répondre à ces questions les *Guidelines* décrivent les prestations qu'il faut être en mesure de fournir pour sauver des femmes. Une courte liste de fonctions a été établie pour « signaler » aux planificateurs si ces prestations existent ou non (voir tableau 2). Ce sont les fonctions-signal dont j'ai parlé dans la section 5.1 du Module 1. Ces fonctions sont un signal pour les planificateurs indiquant la disponibilité (ou l'absence) de prestations de SOU. Ces fonctions-signal sont divisées en deux groupes, les SOU de base et les SOU complets, comme indiqué dans les encadrés 5 et 6.

Encadré 5

Les SOU de base sont les fonctions qui peuvent être administrées par une infirmière/sage-femme expérimentée, un médecin ou un autre praticien qualifié dans un centre médical ou un dispensaire; ces fonctions contribuent à sauver de nombreuses vies et stabilisent les femmes qui ont besoin de poursuivre leur trajet pour recevoir un traitement plus complexe.

Encadré 6

Les SOU complets sont les fonctions couvertes par les SOU de base plus des fonctions qui exigent les services de praticiens expérimentés en chirurgie obstétrique, spécifiquement les transfusions sanguines et les césariennes.

La raison pour laquelle on a divisé les fonctions-signal des SOU en SOU de base et SOU complets est que les complications ne sont pas toutes de la même gravité. Pour certaines complications, on a besoin d'établissements et de qualifications moins complexes que pour d'autres; certains cas peuvent, par exemple, être pris en charge par des infirmières dans des dispensaires plutôt que par des chirurgiens dans des hôpitaux.

En divisant les fonctions en deux groupes de prestations, il est possible de planifier des SOU de base dans des centres de santé ruraux, ce qui élargit la couverture de la population. Cette distinction est importante pour les planificateurs qui s'efforcent d'affecter des ressources humaines et financières limitées.

Tableau 2
Fonctions-signal pour identifier les SOU de base et complets

Les prestations de SOU de base	Les prestations de SOU complets
Administrer des antibiotiques parentéraux	Tous les services de SOU de base plus pratiquer une intervention chirurgicale (césarienne)
Administrer des médicaments oxytociques parentéraux	Administrer des transfusions sanguines
Administrer des anticonvulsivants parentéraux en cas de prééclampsie et d'éclampsie	
Retirer le placenta manuellement	
Retirer les produits retenus	
Pratiquer un accouchement assisté par voie basse	

L'établissement prodiguant des services de SOU de base pratiquera les six fonctions énumérées dans la première colonne du tableau 2, tandis que l'établissement prodiguant des SOU complets fournira ces six fonctions et en plus des transfusions sanguines et des césariennes.

De nombreuses femmes peuvent avoir la vie sauve dans les établissements capables d'administrer des fonctions de SOU de base. Il n'est donc pas nécessaire de gaspiller des ressources limitées à créer des SOU complets dans tous les établissements. En outre, un personnel rompu aux SOU de base peut stabiliser l'état des femmes qui doivent se rendre dans un établissement prodiguant des SOU complets. Par exemple, si une femme a besoin d'une césarienne, ses chances de survie sont accrues si elle n'arrive pas à l'hôpital déshydratée et infectée. L'administration de fluides et d'antibiotiques par voie intraveineuse dans les établissements prodiguant des SOU de base sera très utile.

Il y a plusieurs autres avantages à diviser les services en SOU de base et SOU complets. L'un de ces avantages, qui ne vous est pas inconnu si vous connaissez un membre de la profession médicale, est le suivant : il est important pour les praticiens d'avoir à traiter un nombre suffisant de cas pour conserver leurs compétences. Essayer d'offrir des césariennes dans tous les établissements empêcherait les chirurgiens de « garder la main ».

Bien sûr, il y a des fonctions importantes qui font partie des SOU complets qui ne sont pas mentionnées dans le tableau 2 – par exemple, on ne peut pas pratiquer d'intervention chirurgicale sans anesthésie. Les fonctions énumérées au tableau 2 sont uniquement les fonctions-signal qui permettront aux planificateurs et aux administrateurs de programmes de vérifier l'existence de services de SOU suffisants. Par définition, les fonctions-signal ne donnent pas la liste complète des services.

Les fonctions-signal nous aident à construire les deux premiers des six Indicateurs de Processus concernant les progrès en matière de réduction des décès maternels : la quantité de SOU. Pour réunir des informations concernant ces indicateurs, vous procéderez à un inventaire des établissements de santé qui fournissent des SOU de base et de ceux qui prodiguent des SOU complets.

Pour cet indicateur, dans les *Guidelines*, on s'est basé sur une population de 500 000 habitants. Selon les estimations, une population de 500 000 habitants aura besoin d'au moins un établissement prodiguant des SOU complets et de quatre établissements prodiguant des SOU de base pour être bien desservie. En faisant l'inventaire des établissements pour une zone comprenant 500 000 habitants, vous risquez de découvrir que la zone compte plus de cinq établissements, ce qui est bien. Mais vous devrez découvrir au moins cinq établissements – un prodiguant des SOU complets, quatre prodiguant des SOU de base – pour être sûr que le niveau minimum de services existe pour satisfaire les besoins de la population en matière de SOU.

Vous vous assurerez, évidemment, que ces services existent en pratique et pas seulement sur le papier. Par exemple, dans plusieurs pays, les jeunes médecins qui viennent d'obtenir leur diplôme doivent aller travailler à la campagne. Vous pouvez donc



FAO photo

lire sur le papier qu'un établissement donné a un praticien qualifié dans ses effectifs, ce qui signifie en théorie qu'il peut pratiquer des césariennes. Cependant, le praticien risque d'avoir peu d'expérience ou aucune formation obstétrique et il risque même d'hésiter à se lancer dans un accouchement assisté par voie basse. Au Bangladesh, les hôpitaux de district sont supposés fournir des fonctions de SOU complets; une étude réalisée en 1993 et portant sur 20 hôpitaux a cependant révélé que six d'entre eux – c'est-à-dire près d'un tiers – ne fournissaient que des SOU de base (Mostafa et Ali Haque, 1993).

En fait, par définition, les Indicateurs de Processus exigent que les services aient été fournis dans les trois mois qui ont précédé l'évaluation. Vous pouvez trouver des notes et des fiches de travail détaillées pour calculer cet Indicateur de Processus ainsi que les cinq autres dans le chapitre 4 des *Guidelines*.

Un petit éclaircissement : vous vous souviendrez que, dans le Module 1, j'ai introduit les expressions SOU et soins obstétriques essentiels (SOE); en fait, dans les *Guidelines*, en anglais, les auteurs parlent de SOE au lieu de SOU. Puisque ce cours a pour but de faciliter le choix des priorités et le suivi des programmes, j'ai décidé d'utiliser l'expression « soins obstétriques d'urgence – de base et complets » – pour bien montrer qu'il faut administrer des soins d'urgence dans la plupart, voire dans tous les cas.

Le terme « soins obstétriques essentiels » peut être utilisé de manière interchangeable pour la collecte de données ou la mise en œuvre du programme tant que le but est clair et que la liste de fonctions-signal est réduite à un minimum pour que les programmes soient applicables et viables. Cette liste de fonctions-signal, par définition, ne comprend pas tous les services qui pourraient être administrés aux femmes enceintes ou même seulement aux femmes souffrant de complications obstétriques. L'OMS a publié plusieurs documents donnant la liste des services qui devraient être fournis pendant la grossesse et l'accouchement, par exemple le *Mother Baby Package* et *Managing Complications of Pregnancy and Childbirth (MCPC)*.

Je voulais que ce soit bien clair avant de poursuivre. Maintenant, lorsque vous ferez la liste des établissements qui fonctionnent, vous identifierez les lacunes dans les services qui vous permettront de planifier l'action nécessaire pour les combler, par exemple en mettant à niveau les prestations de services des établissements pour fournir des SOU de base, ou en trouvant des moyens d'améliorer les transports entre les établissements prodiguant des SOU de base et complets.

Comme noté plus haut, les *Guidelines* établissent que le niveau minimum acceptable de services de SOU *opérationnels* pour satisfaire les besoins d'une population de 500 000 habitants est un établissement prodiguant des SOU complets et quatre établissements prodiguant des SOU de base. C'est le premier Indicateur de Processus.



Alberto Ramella

1 ^{er} indicateur de processus	Niveau minimum acceptable pour 500 000 habitants
Quantité de SOU	
de base	4 établissements prodiguant des SOU de base
complets	1 établissement prodiguant des SOU complets

Il faut souligner ici que la répartition des services entre cinq établissements au lieu de les regrouper dans un même établissement offre une meilleure couverture pour la population, puisque les femmes doivent être à une distance raisonnable d'un établissement en cas d'urgence. Cette réalité est à la base du deuxième indicateur de services obstétricaux, décrit ci-dessous. Mais d'abord, quelques QAE.

QAE 10

Quelles sont les fonctions-signal ci-dessous qui figurent dans la définition des services de SOU de base?

- a. Retirer manuellement le placenta
- b. Pratiquer des transfusions sanguines
- c. Pratiquer des accouchements assistés par voie basse

a

b

c

QAE 11

Quelles sont les deux raisons pour lesquelles on a divisé les services de SOU en services de base et services complets?

- 1
-
- 2
-

QAE 12

Pourquoi est-il important de diviser les services de SOU entre au moins cinq établissements pour couvrir une population de 500 000 habitants?

-
-
-
-

3.2 Répartition géographique des SOU

Le second indicateur de processus est la répartition géographique des établissements de SOU. De toute évidence, si on veut sauver les femmes qui souffrent de complications obstétriques, il faut qu'elles puissent atteindre ces établissements à temps.

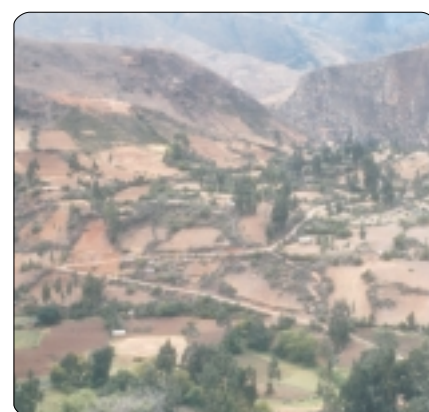
Vous vous souviendrez que nous avons vu dans le Module 1 que l'hémorragie post-partum était la seule complication obstétrique qui entraîne souvent la mort en moins de deux heures. Pour les autres complications obstétriques, entre 12 heures et six jours peuvent s'écouler avant le décès (voir tableau 3).

Tableau 3
Estimation du temps qui s'écoule en moyenne entre le début de la complication et la mort

Complication	Heures	Jours
Hémorragie		
Post-partum	2	
Antepartum	12	
Éclampsie		2
Dystocie d'obstacle		3
Infection		6

Dans des conditions idéales, il faudrait que les femmes aient accès à des services de SOU à moins de deux heures de leur domicile et à des SOU complets à une distance qui peut être parcourue en 6 à 12 heures. Malheureusement, comme vous le savez probablement, dans les pays en développement la plupart des services de santé sont regroupés dans les grandes villes et sont souvent rares dans les zones rurales.

Pour savoir si les SOU de base et complets sont situés à une distance raisonnable pour que la majorité des femmes du pays puissent y avoir accès, le meilleur moyen est de diviser le pays ou la province en zones géographiques en utilisant les divisions démographiques existantes. Par exemple, un district moyen au Bangladesh comprend environ 2 millions d'habitants. En regardant une carte, vous verrez où les établissements sont situés. Peut-être que tous les hôpitaux sont regroupés dans la ville principale ou peut-être découvrirez-vous de grandes zones peuplées qui ne possèdent pas de dispensaire prodiguant des SOU de base.



Czikus Carrière

En divisant le pays et les districts en zones infranationales, vous serez mieux à même de faire l'inventaire des services disponibles par groupe de 500 000 habitants, en utilisant la méthode décrite pour le premier indicateur. Donc, le niveau minimum acceptable pour la répartition des services de SOU est le même que pour la quantité de services de SOU, mais appliqué à une zone géographique plus petite. Le deuxième indicateur de processus est :

2 ^e indicateur de processus	Niveau minimum acceptable
Répartition géographique	Niveau minimum pour lequel la quantité de SOU suffit dans chaque zone infranationale (à savoir 1 SOU complet et 4 de base pour 500 000 habitants)

3.3 Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets

Lorsqu'un administrateur de programmes s'est assuré que les établissements prodiguant des SOU existent et sont bien répartis, la question est de savoir si toutes les femmes qui souffrent de complications obstétriques utilisent ces établissements. Si vous avez repéré une erreur dans cette dernière phrase, bravo! Personne ne peut réellement savoir si chacune des femmes en particulier qui souffrent de complications obstétriques atteint l'établissement de santé.

Donc, la meilleure option pour les planificateurs et les administrateurs de programmes est d'acquérir une connaissance approximative pour l'Indicateur de Processus 3, « proportion du nombre total de naissances », couvert dans cette section et l'Indicateur de Processus 4, « besoin satisfait », couvert dans la section suivante (besoin satisfait signifie simplement que les femmes qui ont besoin de services de SOU les reçoivent). Comme les informations nécessaires en termes de satisfaction des besoins sont encore rarement disponibles, il est utile de regarder la proportion du nombre total de naissances qui interviennent dans un établissement prodiguant des SOU pour se faire une idée du nombre de femmes qui fréquentent ces établissements.

Pour calculer la proportion du nombre total de naissances qui interviennent dans les établissements prodiguant des SOU, vous devez connaître le taux de natalité (le taux de natalité est le nombre de naissances pour 1 000 habitants, par année) et le nombre de naissances dans ces établissements pour la population que vous étudiez.

Maintenant, vous pouvez vous poser la question suivante : quelle proportion des naissances dois-je m'attendre à trouver dans un établissement prodiguant des SOU pour savoir que je suis sur la bonne voie? C'est une excellente question. Pourquoi chercher à savoir quelle est la proportion des naissances qui interviennent



Czikus Carriere

dans des établissements prodiguant des SOU s'il n'y a pas de norme établie pour comparer?

En fait, un chiffre peut nous aider. Un certain nombre de chercheurs ont démontré que la proportion des femmes enceintes qui risquent de souffrir de complications graves tournera autour d'au moins 15 % du nombre total de femmes enceintes. En fait, un Groupe de travail technique réuni par l'Organisation mondiale de la santé a décidé en 1993 d'utiliser 15 % comme étant la proportion minimum des femmes enceintes qui auront besoin de soins médicaux pour éviter un décès ou un handicap (OMS, 1994).

Mais, attendez une minute, pourriez-vous dire. Dans le Module 1, il a été établi clairement qu'il était impossible de pronostiquer ou de prévenir les complications obstétriques. N'est-ce pas une contradiction flagrante avec ce qui a été dit auparavant? Non. Il est absolument vrai que personne ne peut prédire avec certitude quelles sont les femmes qui souffriront de complications obstétriques ou éviter la plupart de ces complications.

Le fait est que, dans quelque population que ce soit, indépendamment du niveau de développement, sur 100 femmes enceintes prises au hasard, au moins 15 d'entre elles risquent de souffrir de complications obstétriques directes (avec la propagation du VIH et du sida, ce pourcentage est probablement plus élevé dans plusieurs pays en développement et il risque d'augmenter encore). Personne ne sait quelles sont les femmes qui souffriront de complications obstétriques. Tout ce que l'on sait, c'est que ces complications apparaîtront. Et on sait également que pratiquement toutes ces complications peuvent être traitées. C'est pourquoi la mise à disposition des SOU est si cruciale.

Les complications obstétriques sont une réalité à laquelle les femmes enceintes sont confrontées partout dans le monde, pas seulement dans les pays en développement. La grande différence entre les pays développés et les pays en développement c'est que dans les pays développés, les femmes sont traitées rapidement et correctement, ce qui fait que les complications sont prises en charge à un stade précoce, avant qu'elles ne deviennent fatales.

Donc, puisque l'on sait que 15 % des femmes enceintes souffriront de complications obstétriques graves, le nombre de femmes qui devraient se faire soigner dans des établissements prodiguant des SOU devrait représenter au moins 15 % du nombre total de femmes qui mettent un enfant au monde dans la population. C'est ce qu'on appelle le niveau minimum acceptable.

Ce troisième indicateur est utile car les données sur les naissances qui interviennent dans des établissements de santé sont généralement disponibles; si les naissances dans des établissements qui fournissent des SOU sont inférieures à 15 %, c'est qu'il y a un problème et que des femmes souffrant de complications obstétriques ne sont pas traitées.

Donc, l'indicateur de processus est le suivant :



Czikus Carriere

3 ^e indicateur de processus	Niveau minimum acceptable
Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets	Au moins 15 % du nombre total de naissances dans la population ont lieu dans des établissements prodiguant soit des SOU de base soit des SOU complets

3.4 Besoin satisfait en termes de SOU

Par « besoin satisfait en termes de SOU » on entend la proportion des femmes qui ont besoin d'être traitées pour des complications obstétriques et qui reçoivent ce traitement. Donc, si toutes les femmes dans une population qui souffrent de complications obstétriques peuvent recevoir des SOU, le besoin est satisfait à 100 %.

Le concept de « besoin satisfait » n'est pas nouveau. Les programmes de planning familial révèlent couramment l'écart entre ce qui est fourni et utilisé d'une part, et ce qui est requis d'autre part, à savoir le « besoin non satisfait ». Dans le cas présent, le nombre de femmes qui ont « besoin » de contraception est calculé en additionnant le nombre de femmes qui veulent retarder leur prochaine grossesse au nombre de femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants. Dans le cas du planning familial, les chercheurs découvrent les intentions des femmes en leur posant des questions lors des enquêtes sur les ménages. La proportion de ces femmes qui n'utilisent pas de méthode efficace de contraception représente « le besoin non satisfait » en termes de planning familial.



Czikus Carriere

Encadré 7

Par besoin satisfait en termes de SOU on entend le pourcentage de femmes qui, selon les estimations, ont besoin d'être traitées pour des complications obstétriques et qui sont admises dans des établissements prodiguant des SOU.

L'indicateur de processus pour le besoin satisfait s'appuie sur le troisième indicateur que j'ai déjà décrit, qui porte sur la proportion du nombre total de naissances qui interviennent dans un établissement prodiguant des SOU. Si vous y réfléchissez, comme j'ai dû le faire, il n'est de toute évidence pas suffisant de savoir que 15 % du nombre total de naissances interviennent dans un établissement fournissant des SOU. Après tout, nombre de femmes qui ont des accouchements normaux peuvent décider d'accoucher dans un centre médical ou un hôpital. Donc, 15 % du nombre total de naissances dans des établissements peut comprendre à la fois les accouchements normaux et les accouchements difficiles. Cela ne nous dit pas ce qui arrive aux femmes qui souffrent de complications.

La raison pour laquelle on dit « au moins » 100 % est que, dans certains cas, plus de 15 % des femmes enceintes d'une population souffriront de complications et se rendront dans un établissement de santé. C'est notamment le cas lorsque l'incidence des avortements non médicalisés ou de VIH/sida est élevée. En outre, dans certaines régions du monde, on constate une tendance à surdiagnostiquer les complications, ce qui fait que le rapport dépasse les 100 %. Voilà quelques-unes des raisons qui expliquent pourquoi le besoin satisfait doit être « au moins de 100 % ».

Je devrais également indiquer qu'il y a une différence entre le numérateur et le dénominateur lorsqu'on calcule ce rapport. Le dénominateur est 15 % des naissances dans l'ensemble de la population. Le numérateur comprend un certain nombre de femmes qui souffrent de complications obstétriques sans mettre d'enfant au monde, par exemple, les femmes admises pour une hémorragie ou une infection post-partum ou les femmes qui sont traitées pour des complications liées à l'avortement.

Encadré 8

Par indicateur de processus pour le besoin satisfait en termes de SOU on entend : la proportion de femmes souffrant de complications obstétriques qui sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU de base ou complets est au moins de 100 %.

Maintenant, vous pouvez vous demander quels types de complications vous devez chercher. Pour cet indicateur, la définition d'un cas avec complications est la suivante : hémorragie, post-partum ou antepartum; travail prolongé ou dystocie d'obstacle; prééclampsie et éclampsie; infection; grossesse ectopique; rupture de l'utérus; et complications à la suite d'un avortement.

Ce que ce quatrième indicateur révélera c'est la proportion de femmes qui sont traitées pour des complications par rapport au nombre total de femmes qui ont besoin d'un tel traitement. Par exemple, une étude réalisée en 1993 par l'UNICEF portant sur 10 districts en Inde a révélé que le pourcentage de complications obstétriques attendues qui atteignait les établissements de santé était compris entre 2 et 40 % (Nirupam et Yuster, 1995). Donc, dans le meilleur des cas, le besoin satisfait n'était que de 40 % et les autres femmes qui souffraient de complications obstétriques et avaient besoin d'un traitement ne recevaient tout simplement pas d'aide.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi les femmes qui en auraient besoin ne fréquentent pas les établissements existants : mauvaises performances des établissements, coûts, idées fausses sur la qualité des services, manque d'informations. Bien que les deux indicateurs suivants vous en disent un peu plus sur la cause de ces problèmes, vous aurez besoin d'informations supplémentaires pour faire face aux problèmes qui surgiront pendant toute la durée des interventions programmatiques et vous devrez mener des évaluations du type décrit au point 3.8.



Czikus Carriere

Entre-temps, le quatrième indicateur de processus est le suivant :

4 ^e indicateur de processus	Niveau minimum acceptable
Besoin satisfait en termes de SOU	La proportion du nombre total de femmes souffrant de complications obstétriques qui sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU de base ou complets est au moins de 100 %



QAE I 3

La proportion de femmes enceintes qui auront besoin de prestations de SOU sera vraisemblablement de

- a. 5 %
- b. 15 %
- c. 85 %

a

b

c



QAE I 4

Si vous savez que 15 % du nombre total de naissances interviennent dans des établissements prodiguant des prestations de SOU, pouvez-vous être sûr que toutes les femmes souffrant de complications reçoivent un traitement?

.....
.....



QAE I 5

Pourquoi le besoin satisfait en termes de SOU est-il défini comme étant « au moins de 100 % » de la proportion du nombre total de femmes souffrant de complications obstétriques qui sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU de base ou complets?

.....
.....
.....

3.5 Césariennes en proportion du nombre total de naissances

Le cinquième indicateur de processus est la proportion de césariennes par rapport au nombre total de naissances. Comme pour les indicateurs 3 et 4, un nombre sert de référence pour les chiffres auxquels vous pouvez vous attendre.

On estime qu'environ 5 % des femmes enceintes auront besoin d'une césarienne. En d'autres termes, au moins un tiers des femmes qui souffrent de complications graves auront besoin d'être traitées dans un établissement prodiguant des SOU complets ($5/15 = 0,33$). Ainsi, pour au moins 5 % des femmes enceintes, le fait de vivre à proximité d'un établissement opérationnel prodiguant des SOU de base ne suffit pas pour leur sauver la vie. Elles ont besoin d'avoir accès à un établissement pouvant pratiquer des interventions chirurgicales.

Cette information est à la base d'un indicateur précieux – bien qu'il doive être utilisé avec une certaine prudence. L'information est précieuse parce que, sur les divers moyens de traiter les complications obstétriques qui peuvent surgir, les césariennes sont celui qui a le plus de chances de figurer dans les registres d'un établissement de santé. Ainsi, cette information est plus facile à obtenir que les informations sur d'autres types de traitements.

Elle doit toutefois être utilisée avec une certaine prudence parce que certains médecins pratiquent des césariennes qu'elles soient nécessaires ou non, parce que cela peut parfois sembler plus pratique ou être plus lucratif qu'un accouchement normal. Dans certains cas aussi, les femmes préfèrent avoir une césarienne que d'accoucher normalement. Ces facteurs peuvent entraîner des taux élevés de césariennes. Par exemple, la proportion de césarienne par rapport au nombre total de naissances atteignait 32 % au Brésil (Notzon, 1990).

La pratique de césariennes inutiles doit être découragée. Comme toute intervention chirurgicale importante, la césarienne comporte un risque d'accident ou de décès pour la patiente. Dans le cas de complications comme la dystocie d'obstacle, les avantages pour la patiente sont nettement supérieurs au risque. Sans césarienne, la femme mourra ou sera gravement blessée. Toutefois, si une femme est capable d'accoucher normalement, les risques de la césarienne sont plus importants que les avantages.

Pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, il est important d'établir un niveau maximum et un niveau minimum acceptable pour les césariennes en tant que proportion du nombre total de naissances. En fait, le Groupe de travail technique créé par l'Organisation mondiale de la santé a adopté 5 % du nombre total de naissances comme seuil minimum et 15 % du nombre total de naissances comme niveau maximum (OMS, 1994).

Grâce au seuil minimum et au seuil maximum, l'indicateur est plus utile pour les planificateurs et les administrateurs de programmes. Toutefois, il faut encore garder d'autres facteurs en



Alberto Ramella

mémoire, par exemple le fait qu'il y aura un écart entre les zones rurales et urbaines en termes d'accès aux établissements prodiguant des SOU. Les femmes vivant dans des villes peuvent se rendre plus facilement à l'hôpital que les femmes des zones rurales.

En outre, il pourrait bien y avoir une différence entre le pourcentage de césariennes dans les établissements du secteur privé et du secteur public. Cet écart est lié à la capacité des gens de payer pour les services. Il ne faut pas oublier ce facteur lorsqu'on cherche des informations pour cet indicateur. En général, il faut étudier les données en les classant par groupes (urbain par rapport à rural, hôpital, district) pour identifier les tendances à la surutilisation et à la sous-utilisation.

Le meilleur moyen de s'assurer que cet indicateur fournit des informations utiles consiste à former les obstétriciens et à organiser des séances d'information à leur intention sur les diverses questions discutées ci-dessus, tant dans l'établissement de santé que par l'intermédiaire des sociétés nationales de gynécologie et d'obstétrique. Ainsi, ils peuvent contrôler le niveau des césariennes et tirer les conclusions qui s'imposent pour savoir si les femmes qui ont besoin de prestations de SOU peuvent y avoir accès.

Comme pour les autres indicateurs, les chiffres trop élevés ou trop faibles révèlent que quelque chose ne va pas; il faut réunir des informations supplémentaires et réagir. Dans ce cas, vous pourriez mener une enquête sur la pratique des césariennes dans les hôpitaux pour essayer de comprendre ce qui se passe en réalité.

Une fois que vous êtes relativement sûr que vos données sont pertinentes, vous pouvez alors calculer sans trop de difficulté le nombre de césariennes qui devraient normalement être pratiquées dans un établissement prodiguant des SOU complets. Par exemple, une équipe de chercheurs a examiné les registres de 10 hôpitaux ruraux au Kenya, en Tanzanie, au Soudan et en Éthiopie pour les années 1979 à 1981 (Norberg, 1984).

Les chercheurs ont calculé qu'entre 200 et 250 césariennes auraient été nécessaires compte tenu de la taille de la population vivant dans la zone desservie par les hôpitaux. Mais les statistiques ont révélé que les hôpitaux avaient pratiqué un dixième seulement du nombre total de césariennes escompté. Donc, les femmes qui avaient souffert de complications n'avaient pas atteint les établissements offrant des prestations de SOU.

En résumé, le cinquième indicateur de processus est le suivant :



Czikus Carriere

5 ^e indicateur de processus	Niveaux acceptables minimums et maximums
Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances dans une population	Pas moins de 5 % et pas plus de 15 %

 QAE 16

Quel pourcentage du nombre total de naissances seront des césariennes dans un établissement de santé moyen prodiguant des SOU de base?

.....

.....

.....

.....

.....

 QAE 17

Énumérez trois problèmes potentiels que vous pourriez identifier en utilisant les césariennes en tant que pourcentage du nombre total de naissances comme étant l'un de vos Indicateurs de Processus.

.....

.....

.....

.....

.....

3.6 Taux de létalité

Les cinq Indicateurs de Processus que je viens de décrire disent si les établissements offrant des prestations de SOU existent (quantité de SOU), s'ils sont accessibles aux femmes qui en ont besoin (répartition géographique des SOU), si les femmes fréquentent ces établissements (15 % du nombre total de naissances), et si les femmes qui en ont besoin utilisent ces établissements (besoin satisfait en termes de SOU et pourcentage des naissances qui sont des césariennes).

En résumé, les cinq premiers indicateurs décrivent l'existence de SOU, l'accès aux SOU et l'utilisation des SOU. Ces cinq indicateurs ont trait à la couverture de la population. En étudiant ces indicateurs, un planificateur ou un administrateur de programmes peut apprendre :

- si un nombre raisonnable d'établissements prodiguant des SOU existent;
- si ces établissements sont relativement bien répartis à travers le pays;
- si les établissements desservent une proportion raisonnable de femmes;
- si les établissements desservent les femmes qui en ont le plus besoin; et

- S'ils fournissent des services qui peuvent sauver des femmes, comme les césariennes.

Le sixième indicateur de processus, le taux de létalité, parle de la qualité des soins administrés aux femmes quand elles se rendent dans un établissement prodiguant des SOU de base ou complets.

Encadré 9

Par taux de létalité, on entend le nombre de décès maternels parmi les femmes souffrant de complications obstétriques dans l'établissement de santé étudié.

Comme vous pouvez le constater en regardant l'encadré 9, toutes les informations dont vous avez besoin pour calculer le taux de létalité sont disponibles dans l'établissement de santé concerné (pour calculer le taux, vous divisez le nombre de décès maternels par le nombre de femmes souffrant de complications obstétriques). Les données réunies dans des hôpitaux d'Afrique de l'Ouest à la fin des années 80 ont révélé un taux de létalité compris entre un faible 1,2 % et un taux élevé de 8 % (PMM Network, 1995). Dans une étude portant sur 654 hôpitaux américains à la fin des années 70, le taux était de 0,03 % (Petitti *et al.*, 1982).

Sur la base de ces données et d'autres informations, le niveau maximum acceptable pour le taux de létalité lié aux décès maternels a été fixé à 1 %. Compte tenu des niveaux actuels de décès maternels dans les pays en développement, ce niveau est forcément ambitieux et sera difficile à atteindre. Toutefois, le but n'est pas impossible à réaliser comme l'ont démontré les efforts déployés par des agents de santé motivés partout dans le monde.

Le taux de létalité est calculé dans l'établissement de santé dont les services sont évalués. En fait, vous ne calculerez ce taux que pour les établissements de santé qui prodiguent des SOU complets. En effet, les établissements qui prodiguent des SOU de base aiguillent généralement les cas très graves vers des établissements capables de prodiguer des SOU complets; donc, il est plus rare que les femmes meurent dans des établissements prodiguant des SOU de base. Il n'y a donc généralement aucune raison de calculer le taux de létalité dans des établissements prodiguant des SOU de base, car vous aurez alors une image erronée de la situation.

Il faut tenir compte de certains facteurs lorsqu'on interprète les taux de létalité. Par exemple, il peut y avoir une différence entre les hôpitaux de district et les hôpitaux universitaires, car les cas très graves seront probablement aiguillés vers l'hôpital universitaire et c'est là que les femmes risquent de mourir. Ainsi, vous n'aurez pas une idée précise de la qualité des services au niveau du district.

L'autre facteur c'est que l'hôpital universitaire risque d'afficher un taux élevé de létalité, mais vous découvrirez peut-être que les femmes arrivent à l'hôpital dans des états très graves. Par exemple, elles peuvent souffrir de déshydratation ou d'infections parce qu'elles sont en travail depuis plusieurs jours. Donc, même si la qualité des soins dans cet hôpital est élevée, les patientes peuvent arriver trop tard. Dans ce cas, c'est peut-être au niveau des établissements prodiguant des SOU de base qu'il faut chercher le problème : le personnel n'est peut-être pas capable de prendre en charge des complications obstétriques. Il peut aussi y avoir un problème de répartition des hôpitaux dans la région.

L'un des moyens de tenir compte de ce facteur consiste à réunir des données sur l'état de santé des patientes quand elles arrivent à l'hôpital. Cela permettra de démêler les données sur l'état des patientes des données sur la qualité des soins reçus. Comme je l'ai fait remarquer plus haut, les Indicateurs de Processus ont été conçus pour suivre l'évolution de la situation dans des zones étendues; des études plus ciblées sont nécessaires pour réunir des informations et comprendre ce qui se passe dans des zones plus limitées.

Le point important ici est la qualité de la tenue des registres dans les établissements prodiguant des SOU complets : si elle est médiocre ou si on renvoie les patientes à la maison pour y mourir, le taux de létalité risque d'être trop faible. Aussi, bien sûr, un faible taux de létalité (même s'il est précis) dans un hôpital qui traite peu de femmes n'est pas nécessairement une bonne chose.

Maintenant, vous pourriez faire remarquer que le taux de létalité ne donne aucune information sur les décès maternels qui interviennent en dehors des établissements de santé. Et vous auriez raison. Néanmoins, ce taux est toujours un indicateur très utile pour juger de la qualité des soins dans les établissements. Il contribue à vous donner des informations sur le fonctionnement du système de santé en général parce que, bien entendu, vous n'allez pas utiliser cet indicateur tout seul. Il fait partie d'un groupe de six indicateurs.

Donc, si vous savez que des établissements prodiguant des SOU existent et qu'ils sont bien répartis (Indicateurs de Processus 1 et 2) et si vous savez que les femmes qui en ont besoin fréquentent ces établissements (indicateurs 3, 4 et 5), découvrir le niveau des soins prodigués dans ces établissements (indicateur 6) vous donnera un tableau relativement complet du système de santé de votre pays, dans l'optique de votre objectif qui consiste à faire reculer les décès maternels.

En résumé, le sixième indicateur de processus est le suivant :

6 ^e indicateur de processus	Niveau maximum acceptable
Taux de létalité chez les femmes souffrant de complications obstétriques	Moins de 1 % des femmes souffrant de complications dans les établissements prodiguant des SOU complets



QAE 18

Quels sont les deux facteurs que vous devez examiner lorsque vous interprétez des données sur les taux de létalité?

1

.....

2

.....



QAE 19

Quels sont, parmi les taux de létalité ci-dessous, ceux qui sont acceptables?

a. 0.8%

b. 1.08%

c. 8.01%

a

b

c



QAE 20

Que pouvez-vous dire si le taux de létalité est de 8 % dans un établissement prodiguant des SOU de base?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.7 Les six Indicateurs de Processus

Dans les sections 3.1 à 3.6, j'ai décrit les six Indicateurs de Processus qui aident les planificateurs et les administrateurs de programmes à suivre l'évolution des interventions visant à réduire les décès maternels. Dans le tableau 4 ci-dessous, j'ai regroupé ces six indicateurs pour que vous puissiez vous y référer plus facilement.

Tableau 4
Six Indicateurs de Processus

Indicateur de processus	Niveau minimum acceptable
1. Quantité de SOU	Pour toute population de 500 000 habitants
Établissements prodiguant des SOU de base	Au moins quatre établissements prodiguant des SOU de base
Établissements prodiguant des SOU complets	Au moins un établissement prodiguant des SOU complets
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU	Le niveau minimum pour la quantité de SOU est atteint dans chaque zone infranationale (à savoir un SOU complet et quatre SOU de base pour 500 000 habitants)
3. Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets	Au moins 15 % du nombre total de naissances dans une population interviennent dans des établissements prodiguant des SOU de base ou complets
4. Besoin satisfait en termes de SOU Proportion du nombre total de femmes souffrant de complications obstétriques qui sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU	Au moins 100 % des femmes qui, selon les estimations, souffriront de complications sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU
5. Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances	Les césariennes devraient représenter pas moins de 5 % et pas plus de 15 %
6. Taux de létalité chez les femmes souffrant de complications obstétriques	Le taux de létalité chez les femmes souffrant de complications obstétriques dans des établissements prodiguant des SOU est inférieur à 1 %

Dans les sections précédentes, j'ai mentionné quel type de données était nécessaire pour calculer ces indicateurs. Pour que vous puissiez les retrouver plus facilement, je les ai regroupées dans le tableau 5 ci-dessous. En fait, comme noté précédemment, la majorité de ces données peuvent être réunies dans des établissements de santé. Vous avez besoin en plus de données sur la population et sur les taux de natalité, qui peuvent généralement être obtenues auprès du gouvernement ou en consultant des enquêtes, comme les enquêtes sur les ménages au niveau du district.

Tableau 5
Types de données utilisées pour construire les indicateurs

Type de données	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6
Taille de la population	●	●	●	●	●	
Taux de natalité			●	●	●	
Données sur l'établissement de santé	●	●				
Fonctions-signal de SOU						
Nombre de naissances			●			
Nombre de complications				●		●
Nombre de césariennes					●	
Nombre de décès maternels						●

Le chapitre 4 des *Guidelines* contient des informations détaillées sur la manière de réunir les données pour les Indicateurs de Processus, ainsi que des fiches de travail et des notes concernant chacun des indicateurs. Voir la fin de ce module pour des références plus détaillées.

Pour résumer, les Indicateurs de Processus aident à suivre l'évolution de la situation au niveau national et sont également utiles au niveau infranational. Ils permettent de découvrir les problèmes et montrent si les programmes sont sur la bonne voie. Les avantages des Indicateurs de Processus sont les suivants :

Sensibilité aux changements. Par exemple, si vous investissez dans l'amélioration de vos établissements de santé, vous pourrez utiliser des Indicateurs de Processus pour suivre les progrès accomplis au cours des 6 à 12 mois qui suivent, comme par exemple l'augmentation du nombre de personnes utilisant les établissements ou la diminution des taux de létalité. Vous pouvez imaginer l'impact positif que cela aura sur le moral du personnel, sans compter les autres avantages. Par contre, si votre intervention n'est pas sur la bonne voie, vous vous en apercevrez rapidement aussi.

Faible maintenance. Une fois que vous avez fait l'investissement initial pour améliorer les systèmes de statistiques de façon à obtenir les données dont vous avez besoin pour calculer les Indicateurs de Processus, le suivi est bon marché et peut être intégré dans les tâches quotidiennes; il faut toutefois évaluer périodiquement la qualité des données.



Czikus Carriere

Cohérence interne. Vous aurez remarqué que plusieurs de ces indicateurs se renforcent mutuellement; vous avez donc plusieurs moyens de vérifier la validité de vos informations. Par exemple, si le directeur de la santé au niveau du district indique une augmentation du besoin satisfait mais qu'aucun autre indicateur ne semble avoir changé, vous devez vous demander ce qui se cache derrière ce résultat.

Dans la section suivante, je passerai en revue certaines des informations supplémentaires que vous devrez réunir pour compléter les conclusions tirées grâce à ces indicateurs. Mais tout d'abord, quelques QAE.



QAE 21

Vos Indicateurs de Processus révèlent que votre région manque d'établissements prodiguant des SOU qui fonctionnent. Quelles sont les mesures que vous envisagerez de prendre immédiatement?

☐ a

☐ b

☐ c

- a. Mener une étude bien ciblée pour comprendre le problème
- b. Envisager un programme de formation pour les accoucheuses traditionnelles



QAE 22

Vos Indicateurs de Processus montrent que votre région a suffisamment d'établissements prodiguant des SOU mais que les femmes les utilisent peu. Quelles sont les mesures que vous envisagerez de prendre immédiatement?

☐ a

☐ b

☐ c

- a. Des programmes de formation pour le personnel hospitalier
- b. Examiner la structure du coût d'utilisation des services de santé
- c. Organiser des débats avec la communauté, le personnel et les patientes



QAE 23

Vos indicateurs révèlent que vos établissements de santé sont en nombre suffisant et que les femmes les utilisent mais que les taux de létalité sont élevés à l'hôpital. Quelles sont les mesures que vous envisagerez de prendre?

☐ a

☐ b

☐ c

- a. Une campagne d'éducation communautaire
- b. Des réunions hebdomadaires avec le personnel médical pour discuter des cas
- c. Une évaluation des stocks de sang et de médicaments disponibles à l'hôpital

3.8 Procéder à des évaluations des besoins

Bien que l'expression « évaluation des besoins » semble claire, il n'est pas inutile de spécifier comment ce terme est utilisé. Donc, dans cette courte section, je définirai cette expression, ainsi que l'expression « discussion de groupe participative » et je vous donnerai quelques exemples pour rendre les choses plus claires.

Encadré 10

Une évaluation des besoins est un examen conduit par un planificateur ou un administrateur de programmes avant de concevoir une intervention pour mieux comprendre les problèmes d'une population et pour s'assurer que les programmes s'attaquent à ces problèmes spécifiques.

Dans le cas des décès maternels, les six Indicateurs de Processus que j'ai décrits dans les sections 3.1 à 3.6 donnent l'alerte au planificateur ou à l'administrateur de programmes; c'est alors que débute l'évaluation des besoins. Parfois, surtout au niveau local, des informations plus détaillées sont nécessaires pour comprendre exactement les tenants et les aboutissants du problème.

Si les Indicateurs de Processus révèlent qu'il y a un problème dans les établissements prodiguant des SOU, il vous faudra étudier plus en détail l'établissement lui-même. Si les Indicateurs de Processus révèlent qu'il y a un problème concernant l'utilisation des établissements par la communauté, il faudra entreprendre une étude dans la communauté. L'un des outils qui peut être utilisé tant dans l'établissement que dans la communauté est la discussion de groupe participative.

Encadré 11

Une discussion de groupe participative réunit tout l'éventail des personnes impliquées dans un problème donné pour mieux comprendre la nature de ce problème.

Pour s'assurer qu'une discussion de groupe va vers une évaluation honnête et globale du problème, il faut généralement avoir recours à un facilitateur neutre. Il peut s'agir d'un sociologue, d'un psychologue ou de toute autre personne qui a un contact facile avec les gens.

Deux exemples sont donnés dans les encadrés 12 et 13 sur ce qu'une étude plus approfondie peut révéler, la première dans des établissements prodiguant des SOU et la deuxième dans la communauté. Ces exemples sont tous deux extraits du manuel: *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*.



Czikus Carriere

Encadré 13

Résultats de l'évaluation des besoins à l'hôpital de Zaria, Nigéria

Des entretiens avec les médecins et les infirmières et une étude des registres de l'hôpital universitaire ont révélé que les traitements étaient administrés tardivement pour deux raisons. Tout d'abord, il fallait acheter les médicaments et les fournitures chirurgicales dans des pharmacies à l'extérieur de l'hôpital avant de pouvoir commencer le traitement. Deuxièmement, la salle d'opération de la maternité n'était pas fonctionnelle, simplement parce que l'appareil d'anesthésie était hors d'usage. Il s'écoulait en moyenne près de quatre heures entre l'admission à l'hôpital et le traitement pour des femmes qui devaient être opérées d'urgence.

Résultats de l'évaluation des besoins au centre de santé de Zaria, Nigéria

Une pénurie de médicaments et de matériel – infusions intraveineuses, antibiotiques et médicaments contre le paludisme – a été identifiée comme étant le principal obstacle à l'octroi de soins d'urgence de base dans ce centre de santé rural. En outre, les patientes aiguillées vers l'hôpital universitaire devaient organiser leur propre transport, ce qui occasionnait souvent des délais considérables.

Encadré 13

Conclusions de l'évaluation des besoins dans la communauté de Zaria, Nigéria

Les discussions de groupe dans la communauté ont mis en évidence plusieurs facteurs qui retardaient la recherche d'un traitement. Les femmes ne pouvaient pas quitter la maison sans le consentement de leur mari. Lorsque le mari n'était pas disponible, souvent personne ne voulait leur donner la permission de sortir. Les autres facteurs expliquant les délais étaient le coût élevé des transports, des médicaments et des fournitures médicales, ainsi que la coutume traditionnelle qui veut que la femme soit seule pour accoucher.

Ces exemples montrent le type de problème qu'une évaluation des besoins peut révéler. Il est important de garder à l'esprit que la situation est différente d'un pays à l'autre et d'une communauté à l'autre. Dans le cas de Zaria, les coutumes jouaient un rôle important. Dans d'autres communautés, le coût du transport, l'état des routes, le manque d'informations sur la nature des complications obstétriques et/ou d'autres facteurs peuvent jouer un rôle important. Toutefois, comme nous l'avons fait remarquer pour le cas du Matlab au Bangladesh, qui partage plusieurs facteurs culturels avec Zaria, la réclusion des femmes n'est pas nécessairement un facteur très important si des établissements qui fonctionnent sont disponibles et si les communautés savent que ces services existent.

3.9 Résumé de la section 3

Dans cette section, vous avez appris quels sont les six Indicateurs de Processus que vous pouvez utiliser pour identifier les lacunes dans les services et réduire les décès maternels dans votre pays et pour vérifier l'efficacité des programmes et des projets en cours.

Les six indicateurs sont résumés dans le tableau 4. Ils vous apprennent si des établissements prodiguant des SOU existent et s'ils sont bien répartis (indicateurs 1 et 2), si les femmes qui en ont besoin utilisent ces établissements (indicateurs 3, 4 et 5) et quel est le niveau des soins prodigués dans ces établissements (indicateur 6). Vous avez étudié les avantages que représente l'utilisation de ces indicateurs : sensibilité aux changements, faible maintenance et cohérence interne.

J'ai parlé des données dont vous avez besoin pour calculer les Indicateurs de Processus et j'ai expliqué les expressions « évaluation des besoins » et « discussion de groupe participative ».

Section 4 : Utiliser les Indicateurs de Processus

Dans cette section, je décrirai trois scénarios différents et vous demanderai ce que vous feriez dans chacune de ces situations. Ce sera un bon moyen de tester vos connaissances sur la manière d'utiliser les Indicateurs de Processus présentés dans les sections 3.1 à 3.6.

4.1 Scénario 1

Vous êtes cadre auprès du ministère de la Santé dans un pays fictif, le « Rezikstan ». Vous êtes préoccupé par le nombre élevé de décès maternels dans le district de la Montagne, où vivent 950 000 habitants, et vous voulez agir. Vous avez envoyé une équipe de chercheurs dans le district de la Montagne qui est chargée de réunir des données pour établir des Indicateurs de Processus. Votre équipe a travaillé vite et elle vient de vous soumettre son rapport. Le voici.

Indicateurs de Processus pour le district de la Montagne au Rezikstan

1. Quantité de SOU : 2 établissements prodiguant des SOU de base, un établissement prodiguant des SOU complets
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU : essentiellement dans la capitale du district
3. Proportion de toutes les naissances intervenant dans les établissements prodiguant des SOU de base et complets : 10 %
4. Besoin satisfait en termes de SOU : 8 %
5. Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances : 0,7 %
6. Taux de létalité : 5 %



QAE 24

En examinant le rapport de votre équipe dans le scénario 1, identifiez les cinq activités prioritaires pour améliorer la situation des femmes souffrant de complications obstétriques. Classez ces cinq activités par ordre de priorité.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4.2 Scénario 2

Vous êtes maintenant cadre auprès du ministère de la santé d'un pays appelé le « Belgravia ». Vous avez entendu dire que les décès maternels posaient un grave problème dans le district des Plaines. Environ 950 000 personnes vivent dans ce district. Vous avez appris à une équipe de chercheurs à établir des Indicateurs de Processus et vous l'avez envoyée dans le district des Plaines. Voici son rapport.

Indicateurs de Processus pour le district des Plaines de Belgravia

1. Quantité de SOU : sept établissements prodiguant des SOU de base, deux établissements prodiguant des SOU complets.
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU : certains en zone rurale, certains en zone urbaine.
3. Proportion de toutes les naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets : 10 %
4. Besoin satisfait en termes de SOU : 8 %
5. Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances : 2 %
6. Taux de létalité : 2 %



QAE 25

En examinant le rapport de votre équipe dans le scénario 2, identifiez les cinq activités prioritaires pour améliorer la situation des femmes souffrant de complications obstétriques. Classez ces cinq activités par ordre de priorité.

- 1
-
-
- 2
-
-
- 3
-
-
- 4
-
-
- 5
-

4.3 Scénario 3

Vous êtes maintenant cadre auprès du ministère de la Santé d'un pays appelé le « Palmatia ». Les indicateurs de santé de votre pays sont bons parce que votre gouvernement a largement investi dans les établissements de soins de santé de base et complets et dans des campagnes d'éducation communautaire. Mais vous recevez quand même des rapports inquiétants sur les décès maternels dans la province de Deux-Rivières. Près de 950 000 personnes vivent dans cette province. Vous apprenez à une équipe de chercheurs à utiliser les Indicateurs de Processus et vous les envoyez dans la province de Deux-Rivières. Voici leur rapport.

Indicateurs de Processus pour la province de Deux-Rivières en Palmatia

1. Quantité de SOU : 10 établissements prodiguant des SOU de base, trois établissements prodiguant des SOU complets.
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU : certains en zone rurale, certains en zone urbaine.
3. Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets : 25 %
4. Besoin satisfait en termes de SOU : 65 %
5. Césariennes en pourcentage du nombre total de naissances : 12 %
6. Taux de létalité : 15 %



QAE 26

En examinant le rapport de votre équipe dans le scénario 3, identifiez cinq activités prioritaires pour améliorer la situation des femmes souffrant de complications obstétriques. Classez ces cinq activités par ordre de priorité.

- 1
-
- 2
-
- 3
-
- 4
-
- 5
-

Section 5 : Résumé du Module 2

Dans ce module, j'ai abordé deux manières de mesurer les progrès en termes de réduction de la mortalité maternelle : les indicateurs d'impact et les Indicateurs de Processus. Les indicateurs d'impact révèlent les changements en termes de résultat sur la question qui nous intéresse, tandis que les Indicateurs de Processus montrent les changements intervenus dans les conditions qui mènent à ce résultat.

J'ai expliqué quels sont les problèmes méthodologiques qui surgissent quand on utilise les indicateurs d'impact et la difficulté de calculer précisément la mortalité maternelle. En outre, ce type d'indicateurs ne permet pas d'identifier les secteurs qui posent problème et de suivre les progrès.

J'ai présenté les six Indicateurs de Processus qui ont été conçus pour aider les planificateurs et les administrateurs de programmes à identifier la gravité du problème et à évaluer l'efficacité des interventions. Ces six indicateurs sont : quantité de services disponibles en termes de soins obstétricaux d'urgence (SOU); répartition géographique des établissements prodiguant des SOU; proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU; besoin satisfait en termes de services de SOU; césariennes en pourcentage du nombre total de naissances; et taux de létalité.

J'ai montré comment la plupart des données nécessaires pour calculer ces indicateurs pouvaient être obtenues dans les établissements de santé eux-mêmes et puisées dans des études et des statistiques qui existent déjà. Je vous ai montré plusieurs moyens d'utiliser ces différents Indicateurs de Processus. J'ai aussi brièvement expliqué les expressions

« évaluation des besoins » et « discussion de groupe participative » et je vous ai donné des exemples pour illustrer ces deux expressions.

J'ai résumé les avantages des Indicateurs de Processus, qui comprennent la sensibilité aux changements, une faible maintenance et la cohérence interne.

Maintenant, vous êtes prêt à passer au Module 3, qui examinera en détail comment les six Indicateurs de Processus peuvent être utilisés pour s'assurer que les plans et programmes contribuent à faire reculer les décès maternels.

Une petite mise au point : dans les trois modules de ce cours, mon but est de vous brosser un tableau des problèmes liés aux décès maternels et de la manière de les combattre. Si vous avez besoin de connaissances plus approfondies sur la conception et l'évaluation des programmes visant à réduire les décès maternels, je suggère que vous consultiez les *Guidelines*.



Nancy Durrell McKenna

Réponses au QAE

Réponse à la QAE 1

Les données aident les gouvernements à identifier la gravité d'un problème. Les données aident également les planificateurs à établir des priorités pour les plans d'action et les administrateurs à suivre les progrès réalisés grâce aux interventions programmatiques qui ont pour but de résoudre un problème.

Réponse à la QAE 2

Les indicateurs d'impact mesurent le changement dans le nombre de décès maternels, par exemple le nombre de femmes qui meurent pour 100 000 naissances vivantes. Les Indicateurs de Processus mesurent les progrès réalisés vers la réduction du nombre de décès maternels, par exemple le changement dans le nombre de facteurs dans les établissements de santé prodiguant des soins obstétricaux d'urgence.

Réponse à la QAE 3

Le rapport nous dit combien de femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes. Le taux nous dit combien de femmes meurent pour 100 000 femmes en âge d'avoir des enfants (généralement entre 15 et 49 ans). Le risque à vie calcule les risques de décès liés à la grossesse au cours de la durée moyenne de vie d'une femme, sans oublier que la femme court le risque de mourir chaque fois qu'elle est enceinte.

Réponse à la QAE 4

Tous les trois - a, b et c.

Réponse à la QAE 5

Pour calculer les indicateurs d'impact, j'ai besoin de connaître le nombre de décès maternels. Mais les problèmes auxquels je suis confronté sont les suivants (si vous avez donné l'une des trois réponses suivantes, vous avez répondu correctement).

Les décès maternels ne sont pas toujours déclarés (sous-notification), en

particulier dans les pays en développement où les systèmes de collecte de statistiques vitales sont faibles.

Les décès maternels ne sont pas toujours classés sous la rubrique qui convient dans les pays en développement et même dans les pays développés.

Une fréquence faible des décès dans une petite population pendant une courte période ne donnera pas une idée précise de la situation : les taux et rapports donneront l'impression de « sauter ».

Si je veux me faire une idée précise en utilisant les enquêtes sur les ménages, il faudra que j'étudie une population immense, ce qui sera trop onéreux et prendra trop de temps juste pour un programme.

Si j'utilise le type d'enquête sur les ménages appelé « méthode sororale » pour épargner de l'argent et du temps, les données que j'obtiendrai seront vieilles de 6 à 12 ans, ce qui ne m'aidera pas à évaluer l'impact de mon programme sur la vie des femmes aujourd'hui et au cours des prochaines années.

Réponse à la QAE 6

Les Indicateurs de Processus aident les planificateurs et les administrateurs de programmes à découvrir : si les services de SOU existent, si ces services sont bien répartis et si les femmes les utilisent; ils donnent aussi quelques indications sur la pertinences de ces services.

Réponse à la QAE 7

a et c

Réponse à la QAE 8

c

Réponse à la QAE 9

b (en fait, comme vous le savez, aucun indicateur quel qu'il soit ne peut répondre à la question b. La plupart des complications obstétriques ne peuvent ni être pronostiquées ni être évitées – on ne peut que les traiter quand elles se produisent pour éviter qu'elles ne mettent la vie en danger).

Réponse à la QAE 10

a et c

Réponse à la QAE 11

Les femmes ne souffriront pas toutes de complications obstétriques de la même gravité; cela signifie que beaucoup de vies peuvent être sauvées dans des établissements prodiguant des SOU de base. Deuxièmement, si les femmes ont besoin d'un traitement plus complet, comme d'une transfusion sanguine ou d'une césarienne, le personnel des établissements prodiguant des SOU de base peut s'assurer que ces femmes arrivent à l'hôpital sans souffrir d'infection et de déshydratation.

Réponse à la QAE 12

Parce que les femmes qui souffrent de complications obstétriques ont besoin d'être à une distance raisonnable d'un établissement prodiguant des SOU.

Réponse à la QAE 13

15 %

Réponse à la QAE 14

Si les 15 % du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU comprennent à la fois les complications et les accouchements normaux, c'est qu'il y a des femmes dans la population qui souffrent de complications et qui ne se font pas traiter. Pour être sûr que les femmes qui souffrent de complications sont traitées, le nombre de naissances avec complications prises en charge dans des établissements prodiguant des SOU doit être égal à au moins 15 % du nombre total de naissances dans la population.

Réponse à la QAE 15

Parce que plus de 15 % des femmes dans une population peuvent souffrir de complications obstétriques à un moment donné. Aussi parce que dans certaines régions du monde, on a parfois tendance à surdiagnostiquer les complications dans les établissements de santé.

Réponse à la QAE 16

Zéro. Par définition, un établissement prodiguant des SOU de base est un établissement dans lequel on ne pratique pas de césariennes.

Réponse à la QAE 17

Il est possible qu'il y ait des césariennes inutiles.

Il est plus difficile pour les femmes des zones rurales d'atteindre des établissements prodiguant des SOU complets que pour les femmes des zones urbaines.

Il est plus difficile pour les femmes pauvres d'arriver dans un établissement prodiguant des SOU de base que pour les femmes aisées.

Réponse à la QAE 18

Je prendrais en considération l'état dans lequel la patiente arrive dans l'établissement; je regarderais aussi si l'établissement aiguille les complications graves vers un autre établissement mieux équipé (par ex. transfert d'un hôpital de district vers un hôpital universitaire).

Réponse à la QAE 19

a. Le taux de létalité devrait être inférieur à 1 %.

Réponse à la QAE 20

Vous ne réunirez généralement pas de données sur les taux de létalité dans des établissements prodiguant des SOU de base car ces établissements dirigent les femmes souffrant de complications graves vers des établissements prodiguant des SOU complets; donc leurs registres n'afficheront pas beaucoup de décès maternels. Toutefois, si vous découvrez un taux élevé de létalité dans un établissement de base, il faudra agir, peut-être en envisageant de donner les moyens à l'établissement de prodiguer des soins complets.

Réponse à la QAE 21

La réponse correcte est a. Vous aurez besoin d'informations supplémentaires

avant de pouvoir juger. Si les établissements existent mais qu'ils ne fonctionnent pas bien, il se peut qu'il y ait une pénurie de personnel qualifié et/ou d'équipements et de fournitures indispensables. Il est généralement plus rentable de moderniser des établissements existants en formant le personnel ou en embauchant quelqu'un que de construire de nouveaux hôpitaux (réponse c). Concernant la réponse b, vous vous souvenez que dans le Module 1 nous avons appris que les accoucheuses traditionnelles n'avaient pas les compétences nécessaires pour prendre en charge des complications obstétriques, donc d est vraiment incorrect.

Réponse à la QAE 22

Toutes les trois. En ce qui concerne l'intervention a) proposée, le personnel hospitalier pourrait avoir besoin d'un cours de recyclage pour être plus sûr de soi. Ou il se peut que le personnel soit qualifié mais qu'il ait besoin d'une formation pour améliorer ses techniques de communication. Si les femmes ont l'impression que le personnel est grossier à leur égard, elles hésiteront à fréquenter ces établissements. En ce qui concerne l'intervention b) proposée, si le coût des services est trop élevé, il est clair que les femmes ne les utiliseront pas. L'intervention c) pourrait également être nécessaire pour comprendre pourquoi les femmes ne fréquentent pas les établissements. Quoi qu'il en soit, on apprend toujours quelque chose en écoutant ce que les gens ont à dire.

Réponse à la QAE 23

b et c. Le personnel doit prendre conscience des problèmes qui entraînent des taux élevés de létalité et y réfléchir. En plus, si les fournitures ne sont pas disponibles, le nombre de membres du personnel compétents ne changera rien au problème. La réponse a est fausse : une campagne d'éducation de la communauté ne réglerait pas un problème qui est clairement lié aux établissements.

Réponse à la QAE 24

Je trouve que tous les Indicateurs de Processus au Rezikstan sont très inquiétants. En passant en revue les indicateurs de 1 à 6, voici les conclusions que je devrais tirer :

1. Pour une population de 950 000 habitants, je sais que j'ai besoin de huit établissements prodiguant des SOU de base et de deux établissements prodiguant des SOU complets et non pas de deux établissements avec SOU de base et un avec SOU complets. Par conséquent, les complications obstétriques ne sont pas prises en charge et les femmes meurent.
 2. Je sais que les établissements ne devraient pas être concentrés dans la capitale du district mais répartis partout à deux ou trois heures de distance des différents groupes de population. Les femmes souffrant de complications ne peuvent pas atteindre les établissements et elles meurent.
 3. La proportion du nombre total de naissances dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets devrait être au moins de 15 % et non pas de 10 %.
 4. Le besoin satisfait en termes de SOU devrait être au moins de 100 % des femmes souffrant de complications obstétriques et non de 8 %. Ce chiffre révèle que la plupart des complications obstétriques ne sont pas traitées et que les femmes meurent.
 5. Les césariennes devraient représenter au moins 5 % du nombre total de naissances dans la population et non 0,7 %. Les femmes qui ont besoin d'une césarienne ne l'obtiennent pas et elles meurent.
 6. Le taux de létalité de 5 % est très élevé – il devrait être inférieur à 1 %. Même si les femmes arrivent dans un établissement prodiguant des SOU, elles meurent.
- Donc, voici les cinq activités que je planifierais, par ordre de priorité :
1. J'identifierais les établissements de santé existants situés à deux heures de distance des groupes de population dans les zones rurales.

2. Je mettrais à niveau six établissements pour qu'ils puissent fournir des services de SOU de base et un établissement pour prodiguer des SOU complets, en engageant un personnel compétent et en m'assurant que les équipements et fournitures indispensables sont disponibles.
3. J'effectuerais une étude des services en place dans les établissements prodiguant des SOU complets pour essayer de comprendre pourquoi le taux de létalité est aussi élevé.
4. Je prendrais les mesures appropriées pour améliorer les services dans les établissements qui prodiguent déjà des SOU complets, par exemple en engageant du personnel qualifié et en m'assurant que la banque de sang est approvisionnée correctement.
5. Une fois que je serais sûr que les établissements sont à niveau, si l'utilisation est toujours faible, j'entreprendrais une étude pour savoir pourquoi la communauté n'utilise pas les établissements. Je poursuivrais avec une campagne d'information communautaire pour faire connaître aux familles les dangers des complications obstétriques. Je m'assurerais d'atteindre toutes les femmes en âge d'avoir des enfants ainsi que leurs maris, parents et enfants, les accoucheuses traditionnelles ou les agents sanitaires des communautés. J'informerais la communauté du fait que les établissements ont été mis à niveau pour prendre en charge ces complications et j'essaierais de savoir de quel soutien la communauté a besoin pour que les femmes puissent atteindre ces établissements à temps.

Réponse à la QAE 25

La situation au Belgravia est certainement meilleure que celle du Rezikstan. Pourtant, certains indicateurs sont inquiétants. Si je compare les Indicateurs de Processus avec les normes établies, voici ce que je vois :

1. Il ne me manque qu'un seul établissement prodiguant des SOU de base puisque pour une population de 950 000 habitants, j'ai besoin de huit SOU de base et de deux SOU complets.

2. La répartition géographique est bonne puisque les établissements sont répartis entre les zones rurales et les zones urbaines.
3. La proportion du nombre total de naissances intervenant dans les SOU n'est que de 10 % alors qu'elle devrait être d'au moins 15 %. Cela veut dire que certaines femmes qui souffrent de complications obstétriques ne sont pas traitées. Des femmes meurent.
4. Le besoin satisfait en termes de SOU est au taux inquiétant de 8 %, alors qu'il devrait être d'au moins 100 %. Cela signifie que la grande majorité des complications obstétriques ne sont pas traitées. Des femmes meurent.
5. Les césariennes ne représentent que 2 %, alors qu'elles devraient être d'au moins 5 %. Là encore, la majorité des complications obstétriques ne sont pas traitées. Des femmes meurent.
6. Le taux de létalité à 2 % est élevé puisqu'il ne devrait pas dépasser 1 %. Des femmes meurent.

Les Indicateurs de Processus révèlent que les établissements existent mais que les femmes ne les utilisent pas suffisamment, comme le prouvent les indicateurs 3, 4 et 5.

En outre, le taux de létalité est relativement élevé dans les établissements prodiguant des SOU complets. Donc, les cinq activités que j'entreprendrais seraient, par ordre de priorité :

1. Je mènerais une étude pour comprendre qu'elle est la norme des services dans les deux établissements prodiguant des SOU complets qui existent et je prendrais les mesures nécessaires pour améliorer ces services. Par exemple, je m'assurerais que les qualifications et les fournitures appropriées existent, ou j'organiserais des réunions hebdomadaires avec le personnel médical pour discuter de ce qui ne va pas.
2. J'organiserais des discussions de groupe dans la communauté pour savoir pourquoi les femmes n'utilisent pas les services, ce que révèlent les Indicateurs de Processus 3, 4 et 5. Est-ce par manque d'informations? À cause d'une idée préconçue concernant les services? Est-ce que c'est parce que la communauté n'est pas satisfaite des

services? Par manque d'argent? Certaines conclusions auront trait aux établissements et d'autres à la communauté. (En fait, il y a une raison pour laquelle cette priorité est ma deuxième et non ma première priorité, même si les indicateurs indiquent que c'est là que réside le problème le plus grave. Je pense que je pourrai agir immédiatement au niveau des établissements, puisque je suis cadre auprès du ministère de la Santé et responsable des normes. Je sais aussi que la communauté n'utilisera pas les établissements si elle n'est pas convaincue d'y trouver des services adéquats).

3. Je travaillerais sur les conclusions des discussions de groupe qui ont spécifiquement trait aux établissements. Par exemple, si la communauté pense que le personnel ne la traite pas correctement, j'organiserais un stage pour les professionnels de la santé sur la communication avec les patientes. Il est important que les établissements soient à niveau avant d'encourager la communauté à les fréquenter.
4. Je travaillerais sur les conclusions des discussions de groupe qui ont spécifiquement trait à la communauté, par exemple, en fournissant des informations appropriées, en éliminant les idées erronées, en aidant la communauté à créer des fonds de prêts communautaires, etc.
5. J'ajouterais un nouvel établissement prodiguant des SOU de base à proximité du groupe de population qui en a le plus besoin.

Réponse à la QAE 26

J'avais raison d'être préoccupé : mon équipe a identifié un taux de létalité de 15 %. C'est terrible. C'est pire qu'au Belgravia et au Rezikstan et pourtant ces deux pays n'ont pas autant investi que mon gouvernement dans la construction de cliniques et d'hôpitaux, ainsi que dans le personnel et les équipements. Quand j'étudie les six Indicateurs de Processus, voilà ce que je constate :

1. J'ai plus que suffisamment d'établissements prodiguant des SOU pour satisfaire les besoins de la population avec deux établissements prodiguant des SOU de base et un établissement prodiguant des SOU

complets supplémentaires par rapport au minimum.

2. Les établissements sont bien répartis entre les zones rurales et les zones urbaines.
3. À 25 %, la proportion des naissances dans les établissements prodiguant des SOU est supérieure au minimum.
4. Le besoin satisfait est de 65 %. Ce n'est pas mal mais insuffisant puisqu'il devrait être de 100 %. Cela signifie que la communauté ne fréquente pas autant les établissements qu'elle le devrait.
5. Les césariennes sont à 12 % du nombre total des naissances, ce qui est bien. C'est supérieur au minimum de 5 % mais inférieur au maximum de 15 %. Bien sûr, je parlerais avec le personnel hospitalier pour savoir comment il prend la décision de faire une césarienne.
6. Le taux de létalité à 15 % - si ce n'est pas une erreur d'impression, le chiffre est désastreux. Le taux de létalité devrait être inférieur à 1 %. Les femmes se rendent dans des établissements prodiguant des SOU complets et là le nombre de femmes qui meurent est totalement inacceptable.

Voici les actions que j'entreprendrais, par ordre de priorité.

1. Découvrir ce qui se passe dans les trois établissements prodiguant des SOU complets. Les médecins sont-ils suffisamment qualifiés pour prendre en charge des complications obstétriques? Ont-ils les fournitures et les équipements nécessaires? Quel est l'état des patientes quand elles arrivent des 10 établissements prodiguant des SOU de base?
2. Faire face aux problèmes identifiés dans les établissements prodiguant des SOU complets.
3. Faire face aux problèmes identifiés dans les établissements prodiguant des SOU de base (s'il apparaît que le problème principal se trouve dans les établissements prodiguant des SOU de base, je ferais de ce point ma priorité n° 2).
4. Organiser des discussions de groupe pour découvrir pourquoi la communauté n'utilise pas autant les établissements qu'elle le devrait, ce que révèle l'indicateur 4.
5. Prendre les mesures qui s'imposent sur la base des conclusions tirées des discussions de groupe, qu'il s'agisse de contraintes financières, d'idées erronées, etc.

Glossaire

Accoucheuse traditionnelle :	Personne qui n'a pas suivi de formation médicale qui prend soin des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement
Anémie :	Niveau anormalement faible de globules rouges dans le sang ou niveaux faibles d'hémoglobine
Années de procréation :	Les années de procréation d'une femme se situent entre 15 ans et 49 ans
Antepartum :	Qui intervient avant l'accouchement
Anticonvulsivants :	Médicament qui évite ou soulage les convulsions (comme le valium)
Besoin satisfait en termes de SOU :	La proportion de femmes qui ont besoin d'être traitées pour des complications obstétriques et qui reçoivent ce traitement
Césarienne :	Retrait du fœtus grâce à une incision dans l'utérus
Décès maternel :	Le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de sa grossesse
Décès obstétrique direct :	Décès dû à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum
Décès obstétrique indirect :	Décès dû à des états pathologiques existants qui empirent pendant la grossesse ou l'accouchement
Discussion de groupe participative :	Qui regroupe toutes les personnes qui cherchent à résoudre un problème donné pour mieux comprendre la nature du problème
Dystocie d'obstacle :	Se produit lorsque l'enfant ne peut pas passer à travers le pelvis de la mère, soit parce que la tête de l'enfant est trop grosse, soit parce que l'enfant n'est pas dans une position correcte pour la traversée de la filière génitale
Éclampsie :	Coma et convulsions pendant la grossesse, souvent à la période de l'accouchement
Embolie :	Obstruction d'un vaisseau sanguin, généralement par un caillot sanguin
Évaluation des besoins :	Un examen permettant de mieux comprendre les problèmes auxquels une population, un établissement de santé ou un ministère sont confrontés pour concevoir des programmes qui répondent à ces problèmes spécifiques

Fistule :	Passage anormal entre deux cavités (vagin/vessie, vagin/rectum)
Fonctions-signal :	Les fonctions qui sont absolument nécessaires pour sauver les femmes qui souffrent de complications obstétriques
Grossesse ectopique :	L'œuf fécondé s'implante en dehors de l'utérus – dans la cavité abdominale, les ovaires, la trompe de Fallope ou le col de l'utérus
Hémorragie :	Perte de sang
Hémorragie antepartum :	Perte de sang qui intervient à n'importe quel moment avant l'accouchement
Hémorragie post-partum :	Perte excessive de sang qui intervient après la naissance, habituellement dans les deux jours qui suivent l'accouchement
Hépatite :	Inflammation du foie d'origine virale ou toxique
Hypertension :	Pression artérielle élevée, habituellement supérieure à 140/90
Indicateurs :	Mesures ou statistiques utilisées pour évaluer les besoins, suivre la mise en œuvre et évaluer les progrès
Indicateurs d'impact :	Ils donnent une indication des changements intervenus dans le phénomène ciblé, par exemple le nombre de décès maternels
Indicateurs de Processus :	Ils mesurent les changements dans les activités qui contribuent à un phénomène particulier ou empêchent qu'il se produise, comme les décès maternels
Indicateurs de services obstétriques :	Une statistique qui mesure la disponibilité, l'utilisation ou la qualité des soins obstétriques
Indice synthétique de fécondité :	Nombre moyen d'enfants par femme aux taux de fécondité actuels
Médicament ocytocique :	Terme qui s'applique à tout médicament qui stimule les contractions de l'utérus de façon à provoquer ou accélérer le travail
Morbidité maternelle :	Maladie et/ou handicap liés à la grossesse
Mortalité maternelle :	Statistique fondée sur le nombre de décès maternels
Naissance vivante :	Terme utilisé à des fins statistiques pour dire qu'un nourrisson est né avec des signes de vie

Parentéral :	Par toute voie qui n'emprunte pas le canal alimentaire, par exemple par voie intraveineuse
Placenta :	La structure spongieuse dans l'utérus dont le fœtus tire sa nourriture
Post-partum :	Qui intervient après la naissance
Prééclampsie :	Un état, pendant la grossesse, caractérisé par de l'hypertension, des maux de tête et l'enflure des pieds et des jambes
Rapport de mortalité maternelle :	Le nombre de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes
Risque à vie de décès maternel :	La probabilité, en moyenne, qu'une femme succombe à des causes maternelles. On le calcule en utilisant le risque moyen associé à la grossesse et le nombre moyen de fois qu'une femme est enceinte
Rupture de l'utérus :	Déchirure de la paroi utérine, souvent due à une dystocie d'obstacle non traitée
Sage-femme :	Professionnelle qui a suivi une formation complète dans un cours d'obstétrique agréé et qui est capable d'assister des accouchements normaux, de diagnostiquer et de prendre en charge les complications pendant la naissance
SOU complets :	Comprend les fonctions des SOU de base, ainsi que les transfusions sanguines et les césariennes
SOU de base :	Fonctions qui peuvent être accomplies par une infirmière/sage-femme ou un médecin expérimentés, qui sauvent la vie de nombreuses femmes et stabilisent les femmes qui doivent être aiguillées vers un traitement plus complexe
Taux de létalité :	Le nombre de décès provoqués par une condition spécifiques divisé par le nombre de personnes qui souffrent de cette condition
Taux de mortalité maternelle :	Le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer, par an
Taux brut de natalité :	Les naissances pour 1 000 habitants, par an
Zone desservie :	Description officielle de la population et de la zone qu'un établissement de santé est censé desservir

Lectures recommandées

Le matériel utilisé dans ce module est extrait de :

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, New York, octobre 1997.

Cet ouvrage, et les ouvrages ci-dessus sont les lectures recommandées pour ce cours :

Université de Columbia, *Prevention of Maternal Mortality Network : PMM Results Conference Abstracts*, New York, 1996.

Healthlink Worldwide, *HIV and Safe Motherhood*, 2000.

Maine, Deborah, *Safe Motherhood Programs : Options and Issues*, Université de Columbia, New York, 1991.

UNICEF, *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*, New York, octobre 1999.

Références

Bhatia, J. C.. « Maternal Mortality in Ananthpur District, India: Preliminary Findings of a Study », document présenté lors de la réunion interrégionale de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention de la mortalité maternelle, Genève, 11-15 novembre 1985.

Fauveau, V., *et al.* « Effect on Mortality of Community-Based Maternity-Care Programmes in Rural Bangladesh », *The Lancet*, 9 novembre 1991, 338: 1183-86.

Maine, Deborah, Akalin, Murat Z., Ward, Victoria M., et Kamara, Angela. *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programmes*, Université de Columbia, 1997.

Mostafa, G., et Ali Haque, Y. *A Review of the Emergency Obstetric Care Functions of Selected Facilities in Bangladesh*, UNICEF, 1993.

Nirupam, S., et Yuster, E. A., « Emergency Obstetric Care: Measuring Availability and Monitoring Progress », *Journal international de gynécologie et d'obstétrique*, 1995, 50 Suppl. 2, 879-888.

Nordberg, F. M. « Incidence and Estimated Need of Caesarean Section, Inguinal Hernia Repair, and Operation for Strangulated Hernia in Rural Africa », *British Medical Journal*, 4 juillet 1984, 289: 92-93.

Notzon, F. C., « International Differences in the Use of Obstetric Interventions », *Journal of the American Medical Association*, 27 juin 1990. 263 (24): 3286-91.

The PMM network, « Situation Analyses of Emergency Obstetric Care Facilities: Examples from Eleven Sites in West Africa », *Social Science and Medicine*, 1995, 40 (5): 657-67.

Petitti, D. A., *et al.* « In-Hospital Maternal Mortality in the United States: Time Trends and Relation to Method of Delivery », *Obstetrics and Gynecology*. Janvier 1982, 59 (1): 6-12.

Turnbull, A., *et al.* *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales 1982-1984*, London: Her Majesty's Stationery Office, 1989 (Report on Health and Social Subjects no. 34).

Organisation mondiale de la santé. *Indicators to Monitor Maternal Health Goals: Report of a Technical Working Group*, Genève, 8-12 novembre 1993, Genève, 1994.

OMS/UNICEF/FNUAP. *Estimations pour 1995, 2001.*

Système d'enseignement à distance sur des questions de population



UNFPA
United Nations
Population Fund

Columbia University
Averting Maternal
Death & Disability
(AMDD) Program



Cours 6

Réduire les décès maternels : choisir les priorités, suivre les progrès

Module 3

Cibler les décès maternels grâce aux politiques et aux programmes



Système d'enseignement à distance sur des questions de population

Cours 6

**Réduire les décès maternels :
choisir les priorités, suivre les progrès**

MODULE 3 :

**Cibler les décès maternels grâce
aux politiques et aux programmes**

REMERCIEMENTS

Ces modules ont été conçus par Nadia Hijab, consultante en développement à New York, avec l'aide des personnes suivantes :

- Dr Marc Derveeuw, conseiller régional SR/PF en gestion, Équipe d'appui du FNUAP, Harare;
- Dr Mamadou Diallo, conseiller régional SR/PF, Équipe d'appui du FNUAP, Dakar;
- Dr France Donnay, Chef de l'Unité de la Reproduction, Division de l'Appui Technique, FNUAP New York;
- Dr Elizabeth Goodburn, conseillère en santé de la reproduction, Centre for sexual and reproductive Health, John Snow International (RU), Londres;
- Dr Jean-Claude Javet, conseiller de projets, Service de santé en matière de reproduction, Division de l'appui technique, FNUAP New York;
- Dr Deborah Maine, Directrice, Averting Maternal Death and Disability Program (Programme Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles), Université de Columbia, New York.

La production de ce cours a été appuyée par le Programme Averting Maternal Death and Disability (AMDD) de l'école Mailman de Santé Publique de l'Université de Columbia, avec des fonds fournis par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Les modules qui constituent ce cours sont le résultat des contributions de plusieurs personnes dont les noms et les affiliations institutionnelles sont cités ci-dessous. Ce cours fait partie d'une initiative conjointe du Programme des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'École des cadres du système des Nations Unies. Il a pour but d'élargir considérablement la portée de l'enseignement et de l'apprentissage sur des questions de population partout dans le monde grâce à l'enseignement à distance. Le financement est assuré grâce à une subvention généreuse de la Fondation pour les Nations Unies et à une contribution en espèces du Gouvernement français.

Ont participé à ce projet au nom de l'École des cadres du système des Nations Unies à Turin (Italie) : Arnfinn Jorgensen-Dahl, administrateur de projet, Laurence Dubois, responsable de projet et Martine Macouillard, secrétaire de projet, en consultation avec deux membres du personnel de l'Open University au Royaume-Uni, Glyn Martin et Anthony Pearce.

Nous remercions également la Division de l'appui technique et la Division des relations intérieures et extérieures du FNUAP à New York, ainsi que les Équipes d'appui du FNUAP pour leur soutien.

Maquette et mise en page de la couverture : Multimedia Design and Production – Centre de formation international de l'OIT – Turin (Italie)

Photos : Nancy Durrell McKenna, FAO, OIT, Alberto Ramella, Giò Palazzo.

Photos p. 15, 31, 36 et 41 prises par Czikus Carriere pour le compte de l'AMDD.

© Fonds des Nations Unies pour la population, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ou de l'École des cadres du système des Nations Unies.

Module 3 :

Cibler les décès maternels grâce aux politiques et aux programmes

Table des matières

Introduction.....	1
But et objectifs du Module 3	2

Section 1 : Situer les décès maternels

1.0	Introduction.....	3
1.1	Panorama des problèmes de santé ...	3
1.2	Un cadre politique en évolution	5
1.3	Résumé de la section 1	6

Section 2 : Priorités politiques – Lire les clauses en petits caractères

2.0	Introduction.....	7
2.1	Ce que les politiques nationales englobent.....	7
2.2	Exemple de politique nationale	10
2.3	Allocation de ressources	14
2.4	Obstacles politiques aux SOU	19
2.5	Résumé de la section 2	21

Section 3 : Priorités programmatiques : choisir les interventions

3.0	Introduction.....	22
3.1	Faire face aux Pertes de temps	22
3.2	Études de cas.....	26
3.3	Procéder à des évaluations des besoins.....	29
3.4	Conception des interventions programmatiques	32
3.5	Suivi des progrès des interventions programmatiques	36
3.6	Résumé de la section 3	39

Section 4 :

Résumé du Module 3	40
--------------------------	----

Section 5 :

Résumé du cours.....	41
Réponses aux QAE.....	43
Glossaire	47
Lectures recommandées.....	50
Références	50

Introduction

Voici le troisième et dernier module de notre cours sur les décès maternels. Ce module vous aidera à utiliser les Indicateurs de Processus pour analyser les politiques et les programmes de façon à vous assurer qu'ils ciblent les décès maternels. Il vous faudra environ 12 heures pour couvrir la matière traitée dans ces pages.

À la fin de ce module, vous serez capable d'identifier les éléments d'une politique de maternité sans risques qui contribuera à faire reculer les décès maternels.

Vous serez également capable d'évaluer les besoins dans un pays où dans une région spécifique, et d'identifier les composantes des programmes qui peuvent faire reculer les décès maternels. Vous apprendrez à choisir les interventions prioritaires et à soupeser leur rentabilité.

En outre, vous saurez quels sont les trois Pertes de temps qui entraînent des décès maternels, comment planifier le déroulement et le calendrier des programmes et comment utiliser les Indicateurs de Processus dans le suivi de vos programmes de façon à pouvoir régler les problèmes qui surgissent lors de la mise en œuvre.

Dans les deux premiers modules, je vous ai expliqué pourquoi les décès maternels étaient toujours aussi nombreux dans les pays en développement (Module 1) et quels étaient les indicateurs à utiliser pour évaluer les progrès et les problèmes (Module 2).

Dans ce module comme dans les deux autres, j'ai inséré un certain nombre de questions d'auto-évaluation (QAE) de façon à ce que vous puissiez tester vos connaissances. Les réponses se trouvent à la fin de ce fascicule. Vous devriez essayer de répondre honnêtement aux QAE avant de regarder les réponses. Si vos réponses sont fausses, il vous faudra peut-être revoir la section précédente et essayer de répondre à nouveau avant de poursuivre. Ce module est un peu différent des Modules 1 et 2 parce qu'une grande partie de la matière se compose d'études de cas hypothétiques sur lesquelles vous devrez travailler et appliquer les connaissances assimilées jusqu'ici.

But et objectifs du Module 3

But :

Analyser les politiques et améliorer la conception des programmes pour lutter contre les décès maternels.

Objectifs :

À la fin de ce module, vous pourrez :

1. Identifier les éléments d'une politique de maternité sans risques qui contribueront à faire reculer les décès maternels (QAE 2, QAE 3).
2. Comparer les interventions choisies en termes d'allocation de ressources stratégiques (QAE 4, QAE 5, QAE 6, QAE 7, QAE 8, QAE 9, QAE 10, QAE 11).
3. Donner des exemples de politiques qui peuvent faire obstacle à l'octroi de soins obstétriques d'urgence (QAE 8, QAE 14).
4. Procéder à des évaluations des besoins pour identifier les facteurs qui s'opposent à l'utilisation des soins obstétriques d'urgence (QAE 14).
5. Comprendre les raisons des trois Pertes de temps qui entraînent des décès maternels (QAE 12).
6. Identifier les composantes des programmes qui peuvent faire reculer les décès maternels (ACTIVITÉ 1).
7. Choisir les priorités des interventions programmatiques (QAE 13).
8. Planifier le déroulement et le calendrier d'un programme destinés à faire reculer les décès maternels.
9. Expliquer pourquoi il est important de s'assurer que la qualité des soins obstétriques d'urgence est suffisante avant de mobiliser la communauté et de l'encourager à les utiliser.
10. Choisir 10 indicateurs pour le suivi du programme (ACTIVITÉ 2).

Section 1 : Situer les décès maternels

1.0 Introduction

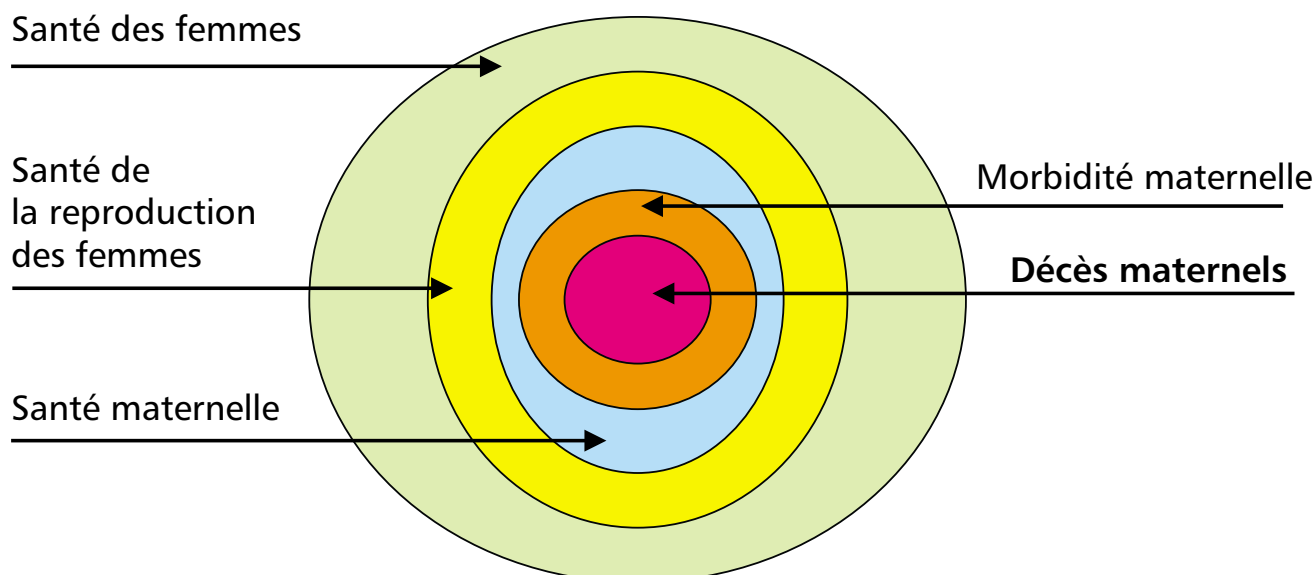
Dans cette courte section, je vais examiner brièvement où les décès maternels se situent dans l'éventail des questions qui ont trait à la santé des femmes et à la santé de la reproduction. Je décrirai également le cadre politique au lendemain de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement.

1.1 Panorama des problèmes de santé

Si je veux m'attaquer au problème des décès maternels, il n'est pas inutile que je garde en mémoire l'éventail plus large des problèmes de santé auxquels ils sont liés. C'est que représente la figure 1.

Comme vous pouvez le voir, le cercle le plus large représente la santé des femmes. À l'intérieur se trouve la série de problèmes liés à la santé de la reproduction des femmes, qui sont particulièrement pertinents pendant les années de reproduction (généralement entre 15 et 49 ans), que les femmes décident ou non d'avoir des enfants.

Figure 1
Situer les décès maternels



Il y a une période pendant la vie de la plupart des femmes au cours de laquelle elles sont enceintes et ont des enfants. Pendant cette période, il est approprié de parler de santé maternelle et les femmes qui sont dans ce cercle auront besoin de services appropriés. Dans la majorité des cas, les femmes ont des grossesses normales et des accouchements sans danger. Dans ce cas, des soins prénatals et postnatals ordinaires, ainsi que des services d'accouchement normaux, sont efficaces.

Mais il existe un groupe plus restreint de femmes qui tomberont gravement malades à cause de leur grossesse. C'est ce qu'on appelle la morbidité maternelle. Dans la majorité des cas, le problème est dû à des complications obstétriques directes; dans quelques cas, il est le résultat d'un état pathologique existant qui a empiré à cause de la grossesse. Dans les pays en développement, le nombre de femmes qui souffriront de morbidité maternelle se situe entre 18 et 60 millions par an (UNICEF, 1999).

Et dans le cercle des femmes qui seront malades à cause de facteurs liés à la grossesse, il y a un groupe de femmes qui mourront. Dans les pays en développement, ce nombre est estimé à 515 000 par an (OMS/UNICEF/FNUAP, 2001). La majorité de ces femmes, soit 75 % d'entre elles, succomberont à des complications obstétriques directes; les 25 % restants succomberont à des états pathologiques préexistants comme l'anémie, le paludisme et le VIH/sida, qui ont empiré à cause de la grossesse.

Vous le savez maintenant, nous avons depuis plusieurs décennies les moyens de traiter la plupart des complications obstétriques. Mais ces moyens ne sont pas encore totalement disponibles dans les pays en développement. Dans ces pays, les femmes ne reçoivent toujours pas à temps les soins obstétriques d'urgence dont elles ont besoin et elles meurent.

Comme je l'ai expliqué dans les Modules 1 et 2, on assume souvent que les décès maternels seront évités grâce à des politiques et à des programmes couvrant la santé de la reproduction ou la santé maternelle. Toutefois, puisque la majorité des décès maternels sont dus à des complications obstétriques, les prestations de services de soins obstétriques d'urgence (SOU) sont indispensables pour que les femmes aient la vie sauve. Les mêmes soins répondront aussi aux besoins de la majorité des femmes qui souffrent de maladies liées à la grossesse.

On ne peut pas juste assumer que les SOU existent; il faudra adopter des dispositions claires à cet égard dans les politiques et les plans, et les traduire en programmes. En d'autres termes, les planificateurs doivent concentrer leur attention sur le cercle des décès maternels et le cibler par des politiques et des interventions programmatiques.



CIDA/ACDI Photo: Nancy Durrell McKenna

1.2 Un cadre politique en évolution

Vous vous souvenez que la maternité sans risques était l'un des principaux objectifs internationaux adoptés en 1987 lors de la Conférence de Nairobi (Kenya) sur la maternité sans risques. Avant 1987, ce problème était inclus dans les politiques et plans gouvernementaux plus généraux portant sur la population, le planning familial, etc. Après 1987, les gouvernements ont commencé à élaborer des politiques et des plans spécifiquement axés sur la maternité sans risques.

La Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est déroulée au Caire en 1994 a déplacé le débat sur le planning familial vers la santé de la reproduction, un problème qui préoccupe les femmes comme les hommes. La maternité sans risques avait été intégrée dans ce cadre et les participants à la Conférence ont adopté l'objectif visant à réduire de moitié la mortalité maternelle entre 1990 et 2000.

Comme vous pouvez le voir dans l'encadré 1, dans leur définition de la santé de la reproduction, les participants affirment que la santé de la reproduction n'est pas juste une préoccupation sanitaire mais qu'elle est également liée aux droits de l'homme.



FAO photo/Faidutti

Encadré 1

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine.

Paragraphe 7.2, Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Pour le problème qui nous concerne dans ce cours – les décès maternels – les mots les plus importants dans le paragraphe cité dans l'encadré 1 sont : « le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement ». Comme vous pouvez le constater, les participants reconnaissent que l'accès à des prestations de services de santé appropriées est un droit fondamental.

Les SOU sont nécessaires pour éviter la majorité des décès provoqués par des complications obstétriques; par conséquent, les SOU permettent d'éviter les décès maternels. En effet, l'octroi de SOU est lié au droit des femmes à la vie, qui est le droit le plus fondamental énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

Dans la prochaine section, je vous donnerai un exemple de politique nationale en faveur de la maternité sans risques et vous demanderai dans quelle mesure cette politique englobe le problème des décès maternels.

1.3 Résumé de la section 1

Dans cette courte section, j'ai démontré que la question des décès maternels était au centre de tout une série de questions touchant à la santé de la femme, notamment la santé de la reproduction, la santé maternelle et la morbidité maternelle. Parmi les femmes qui seront enceintes, certaines souffriront d'affections résultant de la grossesse ou de l'accouchement et un certain nombre d'entre elles mourront de complications obstétriques si elles n'ont pas accès à temps à des SOU.

On imagine souvent que les politiques de santé ou les plans d'action relatifs au planning familial, à la maternité sans risques ou à la santé de la reproduction engloberont automatiquement les décès maternels; rien n'est moins vrai s'ils ne comportent pas de dispositions portant spécifiquement sur les SOU. Vous avez appris que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement reconnaît le droit des femmes d'avoir accès à des soins de santé qui leur permettent de mener à bien grossesse et accouchement.



QAE I

Expliquez en termes simples pourquoi les SOU peuvent être considérés comme un droit fondamental.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Section 2 : Priorités politiques – Lire les clauses en petits caractères

2.0 Introduction

Dans cette section, je décrirai les éléments qui composent habituellement les politiques nationales. Puis, je vous donnerai un exemple de politique nationale et vous demanderai de l'analyser et d'identifier ses lacunes et ses aspects positifs en termes de décès maternels. Vous étudierez également la question de l'allocation de ressources aux différentes interventions et ferez la liste des types de politiques qui peuvent s'opposer aux prestations de services de SOU.

2.1 Ce que les politiques nationales englobent

Les politiques nationales relatives à la santé de la reproduction englobent un large éventail de thèmes. Une étude portant sur ces politiques dans différents pays réalisée récemment a permis d'identifier 12 thèmes relatifs à la santé de la reproduction, dont un au moins figurait dans ces politiques.

Les 12 thèmes sont :

- planning familial
- soins après un avortement
- maternité sans risques
- infections de l'appareil génital
- maladies sexuellement transmissibles
- VIH/sida
- services pour adolescents
- nutrition maternelle et infantile
- cancers de l'appareil génital
- stérilité
- mutilations sexuelles infligées aux femmes
- violence à l'égard des femmes



Alberto Ramella

Je vous ai donné la liste de ces 12 thèmes pour que vous sachiez quels types de problèmes peuvent être regroupés dans une ou plusieurs politiques nationales. Vous n'avez pas besoin de l'apprendre par cœur! Je veux simplement démontrer que pour les décideurs politiques et les planificateurs au niveau national, la question de la « maternité sans risques » n'est souvent qu'un problème parmi tant d'autres dont ils doivent s'occuper.

Vous pourriez vous demander à ce point ce qu'on entend par « maternité sans risques »? Les SOU sont-ils inclus? C'est une bonne question qui trouvera sa réponse quand vous étudierez la politique de maternité sans risques présentée dans la section 2.2. Pour l'instant, je veux simplement que vous reteniez quels sont les types de politiques nationales dans différents pays qui font référence à la maternité sans risques. Voici cinq exemples de politiques en vigueur aujourd'hui :

- Au Bangladesh, la maternité sans risques est abordée dans le projet de politique relative à la santé de la reproduction de 1997;
- En Inde, cette question figure dans une politique sur la survie de l'enfant et la maternité sans risques adoptée en 1992;
- En Jordanie, elle fait partie de la stratégie nationale sur la population de 1996;
- La Jamaïque l'a intégrée dans sa politique et son plan d'action sur la population de 1995 (1995-2015); et
- Le Pérou l'a intégrée dans son programme de santé de la reproduction de 1996 (1996-2000).



FAO photo/Odoul

Si pratiquement tous les pays ont une déclaration de principe sur la maternité sans risques, ils ne se sont généralement pas dotés d'une politique nationale consacrée totalement à la prévention des décès maternels. Dans les pays qui se sont dotés d'une politique relative à la « maternité sans risques », comme l'Inde ci-dessus, la santé de l'enfant y figure également. En outre, dans la politique indienne, la nutrition maternelle et infantile vient s'ajouter aux soins de santé.

Il est évident que toutes ces questions : maternité sans risques, santé et droits de la reproduction, santé de l'enfant, etc., sont liées entre elles. Il est souvent difficile d'aborder l'un des problèmes sans toucher aux autres. J'aimerais dire qu'il n'est pas mauvais d'avoir une approche globale de ces questions. Non seulement les problèmes de santé sont interdépendants, comme on l'a vu dans la section 1.1, mais ils sont aussi liés à des questions économiques et sociales.

Par exemple, une famille qui n'a pas assez d'argent pour se loger ou pour acheter de la nourriture court davantage de risques d'être en mauvaise santé qu'une famille plus aisée. Une femme qui vit dans une région du monde où c'est son mari ou sa belle-mère qui décide si elle peut quitter la maison aura plus difficilement accès aux soins médicaux qu'une femme qui a plus de liberté.

Il est important de procéder à une analyse globale de la situation pour comprendre ce qui se passe réellement dans la société et prendre les mesures qui s'imposent. Toutefois, en même temps, il est important de cibler les problèmes spécifiques comme les décès maternels, si l'on veut obtenir des résultats positifs.

Par exemple, comme nous l'avons vu dans le Module 1, les causes de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle sont très différentes. La santé et la mortalité des enfants dépendent largement des conditions socio-économiques et environnementales, tandis que la mortalité des femmes enceintes est liée directement à un accès rapide aux SOU.

Partout dans le monde, les planificateurs de la santé et du développement sont confrontés au défi suivant : entreprendre une analyse globale de questions qui sont interdépendantes et en même temps élaborer des approches permettant de cibler correctement des problèmes spécifiques.

**QAE 2**

Citez trois problèmes de santé de la reproduction que les décideurs nationaux peuvent examiner en même temps que les décès maternels?

1.
.....
2.
.....
3.
.....
.....

**QAE 3**

Pourquoi est-il important de cibler des problèmes spécifiques? Donnez un exemple.

-
-
-
-
-
-
-
-

2.2 Exemple de politique nationale

Dans cette section, je décrirai en détail la politique nationale en faveur de la maternité sans risques adoptée par un pays en développement fictif, le Rondonia, dont la population est de 100 millions d'habitants. Selon les données réunies en 1996, le rapport de mortalité maternelle est de 650 pour 100 000 naissances vivantes.

Puisque le rapport de mortalité maternelle était très élevé, le gouvernement du Rondonia a décidé d'élaborer une politique afin de cibler directement ce problème. Le roi lui-même a exprimé la détermination de son gouvernement à agir sur le rapport élevé de mortalité maternelle dans le pays. Une équipe de fonctionnaires s'est rendue dans des pays en développement d'autres régions et ils ont identifié les éléments qui revenaient sans cesse dans les politiques nationales, que ce soit dans des pays d'Asie, d'Afrique, dans les États arabes ou en Amérique latine. En fait, quatre éléments réapparaissaient sans cesse dans les différentes politiques quand on étudiait la question de la maternité sans risques. Plusieurs fonctionnaires appellent ces éléments des « composantes » des politiques de maternité sans risques.

Les fonctionnaires sont rentrés dans leur pays et ils ont élaboré la politique de maternité sans risques du Rondonia, qui a été promulguée en 1998. Cette politique se fondait sur les quatre « composantes » de la maternité sans risques qui sont :

- le planning familial
- les soins prénatals
- un accouchement sans danger dans de bonnes conditions d'hygiène
- les soins obstétriques d'urgence



Alberto Ramella

Voici décrites en détail les quatre composantes, telles qu'elles apparaissent dans la politique de maternité sans risques du Rondonia.

Czikus Carriere



- A. **Planning familial.** Cette composante s'appuie sur un programme national de planning familial déjà en vigueur qui avait pour but de ramener le taux de natalité de 40 à 20 naissances par an pour une population de 1 000 habitants en 2002. Dans la nouvelle politique, les services de planning familial sont assurés par des agents de santé familiale. Le gouvernement a embauché un agent par commune (population : 10 000 habitants). Ces agents ont suivi une formation de base d'un an sur toutes les méthodes de planning familial : préservatifs, pilule contraceptive, stérilet, etc. et ils suivront un autre stage de trois mois sur la santé maternelle et infantile pour élargir leur rôle.
- B. **Soins prénatals.** La politique prévoit que toutes les femmes aient accès aux soins prénatals, qui sont assurés par les agents de santé familiale. Les agents doivent prévoir la première visite le plus rapidement possible au début de la grossesse et effectuer au moins cinq autres visites. Les domaines couverts pendant les visites seront : l'éducation sanitaire, le diagnostic et la prévention des complications, des conseils sur la nutrition, l'hygiène personnelle et l'accouchement avec l'aide d'une personne compétente.
- C. **Accouchement sans danger dans de bonnes conditions d'hygiène.** La politique nationale prévoit de former deux accoucheuses traditionnelles par village. On leur apprendra à se laver les mains, à couper le cordon ombilical et à aiguiller les cas avec complications. Elles seront supervisées par les agents de santé familiale.
- D. **Soins obstétriques d'urgence.** Tous les hôpitaux de district fourniront des soins obstétriques d'urgence. Chaque hôpital de district couvre une population d'environ 500 000 habitants. Le personnel hospitalier comprendra cinq personnes : un obstétricien, un anesthésiste, un pédiatre et quatre sages-femmes. Une ambulance sera mise à la disposition des personnes aiguillées vers l'hôpital.

Maintenant, avant d'examiner l'efficacité des mesures prises ci-dessus dans le but d'affecter des ressources à chacune de ces mesures, j'aimerais que vous reveniez sur ce que vous avez appris dans les Modules 1 et 2 et que vous répondiez aux QAE suivantes.



QAE 4

Dans la politique de maternité sans risques du Rondonia, la composante A – planning familial – réduira-t-elle le nombre de décès maternels? Fera-t-elle baisser le rapport de mortalité maternelle?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 5

Dans quelle mesure la composante B – soins prénatals – contribuera-t-elle à régler le problème des décès maternels?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 6

Concernant la composante C – accouchement sans danger dans de bonnes conditions d'hygiène – dans quelle mesure contribuera-t-elle à la réduction des décès maternels?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**QAE 7**

Et la composante D? Dans quelle mesure contribuera-t-elle à la réduction des décès maternels?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**QAE 8**

Les SOU fournis dans la composante D sont-ils suffisants pour cibler le problème des décès maternels? Utilisez les six Indicateurs de Processus que vous avez appris dans le Module 2 pour répondre à cette question. Je propose que vous utilisiez le tableau 1, ci-dessous, dont la première colonne reprend les six Indicateurs de Processus. Répondez par oui ou par non dans les cases qui conviennent. Si vous avez l'impression de ne pas avoir suffisamment d'informations pour répondre à la question, écrivez « ne sais pas ».

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tableau 1
Analyse de la politique

Politique de maternité sans risques	Composante D
Indicateurs de Processus (niveaux minimums/maximums acceptables)	
1. Quantité de SOU (pour une population de 500 000 habitants) Établissements de SOU prodiguant des SOU complets 1 Établissements prodiguant des SOU de base 4	
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU (répartition infranationale pour 500 000 habitants)	
3. Proportion du nombre total de naissances dans les établissements prodiguant des SOU de base et complets (au moins 15 % du nombre total de naissances dans la population)	
4. Besoin satisfait en termes de SOU (au moins 100 % des femmes qui, selon les estimations, ont des complications sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU)	
5. Césariennes en % du nombre total de naissances dans la population (pas moins de 5 % et pas plus de 15 %)	
6. Taux de létalité chez les femmes (moins de 1 %)	

2.3 Allocation de ressources

Comme vous le savez probablement, il ne suffit pas d'élaborer une politique pour résoudre un problème. Si cette politique ne se traduit pas en programme doté de ressources financières et humaines appropriées, ainsi que de dispositions sérieuses en matière de gestion et de supervision, la politique se limitera à être une déclaration d'intention, un autre document qui prend la poussière sur une étagère jusqu'à la prochaine conférence internationale.

D'ailleurs, même avec des ressources appropriées, rien ne garantit que le programme atteindra les résultats escomptés. Les êtres humains et leur environnement sont souvent imprévisibles et ne réagissent pas toujours comme les planificateurs l'avaient escompté lorsqu'ils concevaient leur programme. C'est pourquoi le suivi est si important : il permet de s'assurer que les programmes de développement sont sur la bonne voie, un point sur lequel je reviendrai à la fin de la section 3.

Je voudrais parler ici de la manière de traduire les politiques en programmes. Aucun pays – développé ou en développement – ne dispose de ressources illimitées; les planificateurs doivent donc



soupeser soigneusement la rentabilité des différentes interventions avant d'affecter des ressources. Comment les responsables doivent-ils allouer des ressources aux différents volets d'une politique de maternité sans risques comme celle du Rondonia?

Pour ce débat, je prend pour hypothèse que les fonctionnaires du Rondonia ont utilisé les Indicateurs de Processus pour analyser la composante D de leur politique de maternité sans risques. Ils ont donc pris conscience du fait qu'il leur manquait un élément : les SOU de base.

Ils ont donc revu la composante D pour y inclure des SOU de base ainsi que des SOU complets. Donc, pour une population de 500 000 habitants, ils prévoient maintenant d'avoir un établissement prodiguant des SOU complets et quatre établissements prodiguant des SOU de base, bien répartis géographiquement, satisfaisant ainsi aux niveaux minimums acceptables pour les Indicateurs de Processus 1 et 2.

Les planificateurs ne prévoient pas de construire de nouveaux établissements mais de mettre à niveau les centres de santé existants pour qu'ils puissent administrer des SOU de base et de moderniser les hôpitaux de district pour administrer des SOU complets. Au fait, tant les centres de santé que les hôpitaux de district qui doivent être mis à niveau sont situés dans des zones rurales, puisque les hôpitaux des zones urbaines fournissent déjà des SOU.

Donc, maintenant les fonctionnaires du Rondonia examinent leur politique révisée de maternité sans risques. Ils décident d'appliquer cette politique dans le cadre d'un projet pilote dans un seul district de 500 000 habitants et ils disposent d'un budget d'un million de dollars. Ils calculent soigneusement tous les coûts pertinents de chacune des composantes : salaires des employés, équipements et fournitures, ainsi que transports et autres coûts liés aux activités. Voici le coût de chacune des composantes :

- la composante A (planning familial) coûtera 370 000 \$
- la composante B (soins prénatals) coûtera 460 000 \$
- la composante C (accouchement sans danger dans de bonnes conditions d'hygiène avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles) coûtera 320 000 \$
- la composante D (SOU de base et complets sur la base des quatre centres de santé et un hôpital de district) coûtera 600 000 \$.



Czikus Carriere

De toute évidence, ils ont dépassé leur limite d'un million de dollars et sont plus près de 2 millions de dollars avec leurs 1 755 000 dollars. Les planificateurs du Rondonia vont devoir faire des choix difficiles. Dans les prochains paragraphes, je voudrais vous amener à comprendre comment évaluer les coûts et les avantages des différentes décisions, en gardant à l'esprit que le but est de réduire les décès maternels.

La première chose à faire lorsqu'on évalue les coûts par rapport aux avantages des différentes interventions visant à réduire les décès maternels est de rappeler aux planificateurs du Rondonia que si des SOU de base et complets ne sont pas disponibles, les femmes continueront à souffrir et parfois même à mourir de complications obstétriques.

C'est un argument puissant en faveur de l'allocation des 600 000 dollars à la composante D, en sachant sans l'ombre d'un doute que cette mesure cible directement les décès maternels en fournissant des SOU. La composante D prévoit un personnel – les infirmières/sages-femmes – des équipements et des fournitures appropriés pour les quatre établissements de santé prodiguant des SOU de base, ainsi que des médecins ayant des compétences obstétriques, un personnel et des équipements appropriés pour l'hôpital de district qui peut administrer des SOU complets.

Donc, avec les planificateurs du Rondonia, nous examinerons les trois autres composantes pour voir où affecter les 400 000 dollars qui restent. Après avoir examiné à nouveau les composantes A, B et C, nous constatons que les composantes B et C se chevauchent. Y a-t-il vraiment un avantage à avoir un volet séparé pour former les accoucheuses traditionnelles, comme prévu dans C, puisqu'on a déjà des éléments de soins prénatals dans la composante B? En regardant de plus près ce qui est prévu sous la rubrique B, tant les agents de santé familiale que les accoucheuses traditionnelles apprendront à reconnaître les complications obstétriques quand elles se manifestent.

Ni les agents de santé familiale ni les accoucheuses traditionnelles ne pourront faire face à des accouchements d'urgence ou à des complications pendant la grossesse. Ils n'ont simplement pas les compétences ou la formation nécessaires – s'ils les avaient, ils seraient infirmières/sages-femmes, obstétriciens ou tout autre praticien qualifié, ce qu'ils ne sont pas. Les agents de santé familiale fourniront de bons soins prénatals et postnatals. Il faudra probablement attirer l'attention des accoucheuses traditionnelles sur quelques problèmes pour limiter les risques pendant l'accouchement. La formation déjà prévue dans la composante B devrait suffire. Donc, nous pouvons éliminer la composante et permettre au Rondonia d'économiser 320 000 \$.

Maintenant, examinons les composantes A et B plus attentivement. Nous savons que grâce à l'argent affecté à la composante D, nous aurons des établissements prodiguant des SOU de base à deux heures maximum de la plupart des habitants. Donc, pourquoi investir une somme aussi importante (460 000 \$), comme prévu sous B, pour que les agents de santé familiale rendent visite six fois à chaque femme enceinte à son domicile? Ils ne vont certainement pas pouvoir pronostiquer ou prévenir les complications obstétriques, et c'est ça qui tue les femmes de mon pays.



Nancy Durrell McKenna

Et, en ce qui concerne les soins prénatals réguliers, ne serait-il pas plus rentable de demander aux femmes et à leurs familles de venir en consultation à l'établissement de santé? Surtout maintenant que nous avons des infirmières/sages-femmes dans les établissements prodiguant des SOU de base où elles peuvent partager les soins prénatals avec les agents de santé familiale. Nous pouvons tout faire dans l'établissement, y compris l'éducation pour un accouchement sans danger, dans de bonnes conditions d'hygiène, et le pronostic précoce des complications obstétriques. Ainsi, nous pouvons également garder à jour les dossiers médicaux des femmes de la communauté.

En plus, dans la composante A, les agents de santé familiale doivent recevoir une formation complémentaire sur les soins de santé maternelle et infantile. Donc, pendant leur travail et leurs visites de planning familial, ils peuvent garder un œil sur la santé des femmes enceintes et leur conseiller, si nécessaire, de se rendre en consultation dans les établissements. Il y a certainement de bonnes raisons pour consolider les composantes A et B, ce qui permettrait d'économiser sur la formation et le nombre de visites et de mieux utiliser les établissements qui ont été mis à niveau. De cette manière, nous pouvons consacrer les \$ 370 000 qui restent aux composantes A et B consolidées et économiser au Rondonia les 460 000 \$ qui avaient été prévus pour la composante B.

Donc, voici où nous en sommes :

- composante D – allocation de 600 000 \$
- composante C – éliminée, mais quelques éléments sont inclus dans la composante B
- composante B – consolidée avec la composante A
- composante A – allocation de 370 000 \$.

Il nous reste 30 000 \$. Ce serait une bonne idée de les utiliser pour organiser une campagne d'information et de mobilisation dans la communauté et pour informer les gens sur les nouveaux services améliorés de SOU et de planning familial disponibles, sur le type de complications qui entraînent la morbidité et la mort et sur la manière dont la communauté peut s'organiser pour s'assurer que les femmes reçoivent un traitement approprié en temps voulu. En fait, ce serait une partie très importante de l'initiative qui devrait être une composante séparée. Et voilà le million de dollars du Rondonia dépensé intelligemment.





QAE 9

Pourquoi n'affecteriez-vous pas de ressources à la composante C? Donnez votre réponse en 60 mots maximum.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 10

Que peut-on attendre de mieux des agents de santé familiale en ce qui concerne la réduction des décès maternels? Répondez en 30 mots maximum.

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 11

Cette politique en est toujours au stade de la planification. D'après ce que vous avez étudié dans les sections 2.2 et 2.3, pensez-vous que le programme destiné à mettre en œuvre cette politique sera appliqué tel quel, sans modification? Pourquoi? Répondez en 80 mots maximum.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.4 Obstacles politiques aux SOU

Comme je l'ai fait remarquer plus haut, les questions sanitaires sont liées entre elles et de ce fait, les politiques et programmes de santé nationaux sont conçus pour englober plusieurs problèmes. Ces politiques vont probablement inclure les décès maternels dans la liste des problèmes à régler.

Mais il y a aussi des politiques nationales qui ne ciblent pas spécifiquement les décès maternels ou d'autres problèmes de santé des femmes ou de santé de la reproduction et qui ont trait au fonctionnement du système de santé en général. Cependant, certaines de ces politiques peuvent avoir un impact sur les décès maternels. Par exemple, dans certains pays, seuls les obstétriciens ont le droit de faire des césariennes, pas les médecins, même s'ils suivent une formation supplémentaire appropriée.

Mais que se passe-t-il si le pays compte 2 000 médecins et seulement 80 obstétriciens? L'impact d'une telle politique sur les femmes est facile à imaginer. Même si les obstétriciens sont prêts à travailler dans des zones rurales, ils ne seront simplement pas assez nombreux. En fait, certains pays sont conscients de cette réalité et autorisent des praticiens compétents à faire des césariennes sans être docteurs en médecine ou obstétriciens spécialisés.

Autre exemple : dans certains cas, les infirmières/sages-femmes n'ont pas le droit d'administrer des soins qui entrent dans leurs compétences et dont la vie de certaines femmes dépend. Elles ne sont pas autorisées, par exemple, à administrer des fluides ou des médicaments par voie intraveineuse et retirer manuellement le placenta. Dans plusieurs cas, les infirmières et les sages-femmes sont laissées de côté lors de l'organisation de programmes de formation qui pourraient renforcer de manière notable leurs compétences pour un prix modique, ce qui pourrait sauver des vies.

Ce ne sont que quelques exemples. Je ne sais pas quelles sont les politiques et procédures en vigueur dans votre pays. Mais si vous êtes un planificateur et que votre but est de réduire les décès maternels, vous devez essayer de découvrir s'il n'y a pas de politiques qui ne sont pas nécessairement directement liées aux décès maternels mais qui ont un impact sur ce problème et qui doivent être modifiées.

Je donne ci-dessous la liste des types de politiques et de procédures qu'il serait utile qu'un planificateur examine avant d'aborder le problème des décès maternels dans le pays. Cette liste n'est certainement pas exhaustive, mais elle donne une indication sur des choses auxquelles ils faut penser.

- A. **Politique relative au personnel.** Qui est autorisé à effectuer des procédures obstétriques spécifiques? Qui suit des formations et comment la formation est-elle appliquée et reconnue en termes de promotions et de salaires? Quels sont les niveaux de compétences nécessaires pour effectuer certaines tâches? Y a-t-il d'autres problèmes liés au personnel?



Photodisc

- B. **Administration clinique.** Certaines pratiques sont-elles exigées ou certaines pratiques sont-elles interdites? Quelle est la réglementation qui gouverne l'admission à l'hôpital? Comment sont gérées les banques de sang? Et l'approvisionnement en médicaments? Comment sont tenus les registres? Y a-t-il d'autres problèmes cliniques?
- C. **Païement.** Les services sont-ils gratuits ou les patientes et les familles doivent-elles payer pour les prestations reçues? Les services sont-ils gratuits en cas d'urgence ou pour les groupes à revenu faible? Les fournitures (médicaments, gants, bouteilles intraveineuses, etc.) sont-elles disponibles ou les patientes doivent-elles se les procurer? Quels sont les programmes d'assurance en place et quelle est leur incidence sur les soins d'urgence? Y a-t-il d'autres questions liées au paiement des prestations?
- D. **Infrastructure institutionnelle.** Le budget affecté à l'équipement est-il convenable? Le budget affecté à l'entretien et aux réparations est-il suffisant? Y a-t-il d'autres problèmes d'infrastructure?

Comme je l'ai mentionné ci-dessus, cette liste n'est pas exhaustive mais elle donne des indications sur le type de politiques en vigueur et qui doit éventuellement être réexaminé. Si l'on considère les politiques A à D, quelles sont les réglementations qui risquent le plus d'empêcher de sauver des vies? Si je devais classer ces quatre politiques en termes de danger qu'elles représentent pour les femmes, je les mettrais dans l'ordre suivant : politique relative au paiement (l'obstacle le plus difficile à surmonter), politique relative au personnel, administration clinique et enfin fournitures et équipements.

Mais bien sûr, les obstacles dépendent de la situation dans le pays ou la région dans lesquels les interventions sont prévues. Dans certains cas, il sera possible de modifier les politiques qui posent un problème grâce à des interventions créatives. Par exemple, si un hôpital est soumis à une politique gouvernementale de recouvrement des dépenses, l'hôpital, le gouvernement et la communauté peuvent toujours coopérer pour créer des fonds dans lesquels les membres de la communauté peuvent puiser en cas d'urgence et rembourser par la suite; ou ils peuvent mettre en place des plans d'assurance qui assurent une couverture.

En conclusion, le point le plus important est peut-être le suivant : les urgences obstétriques doivent être prises en charge par le système de santé en vigueur et non pas par des initiatives isolées. Elles font partie des services réguliers qu'un système de santé est censé fournir. C'est pourquoi les interventions politiques et programmatiques doivent privilégier les options qui garantissent que le système de santé s'acquitte de ses responsabilités. Il est donc utile d'avoir des indicateurs qui permettent de suivre la performance des services obstétriques.



Czikus Carriere

2.5 Résumé de la section 2

Dans la section 2, j'ai passé en revue les types de politiques qui font référence aux décès maternels – politiques telles que le planning familial, la santé de la reproduction, la santé de la mère et de l'enfant et, bien sûr, la maternité sans risques. Vous avez analysé une étude de cas extraite d'un exemple de politique de maternité sans risques pour découvrir les éléments qui peuvent directement épargner des vies, en utilisant les Indicateurs de Processus.

Vous avez abordé brièvement la question de l'allocation des ressources et de l'évaluation des interventions pour savoir quelles sont celles qui ont les meilleures chances d'être efficaces. J'ai aussi passé rapidement en revue les types de politiques qui semblent ne pas avoir de lien avec les décès maternels mais dont un planificateur doit tenir compte lorsqu'il s'attaque à ce problème. Le dernier point à retenir est que les urgences obstétriques doivent être prises en charge par le système de santé, dans le cadre de ses activités quotidiennes.



IL O/Jacques Maillard

Section 3 :

Priorités programmatiques : choisir les interventions

3.0 Introduction

Dans cette section, j'examinerai les pertes de temps qui peuvent entraîner des décès maternels et qu'il faut tenter de réduire grâce à des interventions programmatiques. Je vous présenterai également trois études de cas, qui traitent chacune d'un différent groupe de problèmes auxquels les administrateurs de programmes sont confrontés lorsqu'ils s'occupent de décès maternels.

Chaque étude de cas porte sur une population de 950 000 habitants. Les quatre questions abordées dans ces trois études de cas sont les suivantes : des services de SOU existent-ils? Leur situation permet-elle aux femmes d'y accéder? Les femmes qui en ont réellement besoin les utilisent-elles? La qualité des services est-elle suffisante?

Vous vous souviendrez que nous avons vu dans le Module 2 (2.2) que ce sont les quatre questions principales auxquelles un planificateur ou un administrateur de programmes doit pouvoir répondre lorsqu'il élabore des politiques ou qu'il choisit des interventions programmatiques. Ces études de cas vous permettront d'apprendre à utiliser les Indicateurs de Processus pour mener à bien une évaluation des besoins, concevoir une intervention programmatique et suivre votre programme.



Czikus Carriere

3.1 Faire face aux Pertes de temps

Avant de passer aux études de cas, je voudrais mentionner un point essentiel que tout planificateur de programmes doit prendre en considération lorsqu'il formule ses interventions programmatiques. Vous avez appris dans les Modules 1 et 2 que le temps est un facteur capital dans la prise en charge des complications obstétriques. Vous vous souvenez qu'il faut entre deux heures et six jours aux complications obstétriques les plus meurtrières pour provoquer des décès maternels si elles ne sont pas traitées (voir tableau 3 du Module 1 ou tableau 3 du Module 2).

Il y a donc assez de temps pour traiter ces complications si elles peuvent être prises en charge avant d'entraîner une morbidité grave ou la mort. Toutefois, il est aussi très clair que toute perte de temps à n'importe quelle étape entraînera la mort. On a repéré trois types de pertes de temps en termes de complications obstétriques (voir Maine *et al.*, 1997).

Ces trois pertes de temps sont :

1. perte de temps avant de prendre la décision de chercher un traitement (1^{ère} Perte de temps)
2. perte de temps avant l'accès au traitement dans l'établissement (2^{ème} Perte de temps)
3. perte de temps avant l'administration du traitement (3^{ème} Perte de temps)

Figure 2 :
Les trois Pertes de temps

Apparition de la complication	1 ^{ère} Perte de temps	2 ^{ème} Perte de temps	3 ^{ème} Perte de temps	Résultat: mort, incapacité, guérison
	Décide de chercher des soins	Arrive dans l'établissement prodiguant des SOU	Reçoit le traitement	

La 1^{ère} Perte de temps se produit lorsqu'une femme et sa famille attendent trop longtemps avant de décider de chercher un traitement. Elle s'explique parfois par le fait que la femme ou l'agent de santé local n'a pas reconnu les signes de danger des complications obstétriques; ou par le fait que les gens sont pauvres et qu'ils s'inquiètent des coûts. Il se peut aussi que le mari soit absent et que personne ne veuille prendre la décision de transporter la femme à l'hôpital. Il est encore possible que la communauté ne fasse pas confiance à l'établissement et/ou pense que le personnel n'est pas qualifié, qu'il est grossier ou arrogant. Ou alors les services sont trop éloignés.

Dans ce cas, en votre qualité de planificateur de la santé, il vous faudra découvrir les raisons qui se cachent derrière ces comportements en organisant, par exemple, des discussions de groupe dans la communauté. Vous pourrez ensuite décider d'une intervention programmatique pour apprendre à la communauté à détecter les signaux de danger ou lui conseiller de créer un fond pour faire face aux contraintes financières.

La 2^{ème} Perte de temps intervient lorsque la décision a été prise de chercher un traitement mais que la femme ne peut pas arriver jusqu'à l'établissement de santé. Les raisons peuvent être les suivantes : la distance entre l'établissement de santé et le domicile; le mauvais état des routes; la pénurie de transports, comme les ambulances, ou la réticence des chauffeurs de taxis ou de bus à transporter à l'hôpital une femme qui saigne, etc. Dans ce cas, en tant que planificateur de la santé, vous devrez coopérer avec la communauté et avec les autres services gouvernementaux pour faire face à ces différents problèmes.

La 3^{ème} Perte de temps intervient au centre de santé ou à l'hôpital lui-même et elle est due à la mauvaise qualité des soins. Les raisons peuvent être les suivantes : on fait attendre les femmes avant de les traiter parce que le service est désorganisé. Il se peut que les effectifs pour les urgences ne soient pas suffisants; il se peut que le personnel n'ait pas les compétences nécessaires pour prendre en charge des complications obstétriques. Il peut y avoir des problèmes au niveau des équipements, les stocks de médicaments ou de sang. Il se peut que la politique nationale veuille que les patientes paient pour les prestations et les médicaments dès leur arrivée; etc.

En tant que planificateur de la santé, vous recenserez les conditions qui règnent dans l'établissement – effectifs, gestion, équipements, approvisionnement, tenue des registres, etc. – et vous organiserez des discussions de groupes participatives dans l'établissement pour essayer de mieux comprendre les causes de ces problèmes.

Si vous voulez éliminer ces perte de temps et que vous avez besoin d'informations supplémentaires, consultez l'ouvrage publié par l'Université de Columbia *Prevention of Maternal Mortality Network: Abstracts*. Il figure dans la liste des ouvrages de référence. Si vous avez besoin de listes de contrôle pour définir les conditions dans un établissement donné, consultez le manuel de l'UNICEF/OMS/FNUAP *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (1997).

Je voudrais faire une remarque : si les établissements ne fonctionnent pas bien, il n'y a aucune raison d'encourager la communauté à les utiliser ou de mobiliser la communauté et le gouvernement pour résoudre le problème d'accès à l'établissement. En d'autres termes, il faut s'attaquer d'abord aux causes de la 3^{ème} Perte de temps.

Les planificateurs doivent d'abord s'assurer que les établissements sont à niveau et ensuite – ensuite seulement – s'assurer que la communauté peut et veut les utiliser. Autrement, vous investirez votre temps et votre argent dans des interventions programmatiques ciblant la communauté mais la communauté hésitera à investir son temps et son argent dans des établissements dont le fonctionnement laisse à désirer.

Cela peut vous sembler si évident que vous vous demandez peut-être pourquoi j'ai soulevé cette question. Bien que ce point semble évident, de nombreuses interventions programmatiques prennent les problèmes à l'envers. Cela peut vous sembler incroyable mais c'est vrai. Beaucoup d'interventions programmatiques portent sur l'accès des femmes à l'établissement sans se préoccuper de savoir si elles y reçoivent un traitement approprié.

Revenons à la figure 2, mais en y reportant les interventions programmatiques appliquées dans de nombreux pays. La figure ressemblerait à ceci :



Figure 3
Les trois Pertes de temps et les interventions programmatiques

	1 ^{ère} Perte de temps	2 ^{ème} Perte de temps	3 ^{ème} Perte de temps	
Apparition de la complication	Décide de chercher des soins	Arrive dans l'établissement prodiguant des SOU	Reçoit le traitement	Résultat mort incapacité guérison



Ce n'est de toute évidence pas la voie à emprunter dans les programmes. Pour que les femmes reçoivent le traitement dont elles ont besoin pour avoir la vie sauve, il faut en priorité mettre l'établissement à niveau en termes de SOU. Ensuite, vous pouvez essayer d'éliminer les obstacles sociaux, économiques ou physiques qui empêchent les femmes d'accéder à un traitement. Vous devez vous attaquer en premier à la 3^{ème} Perte de temps.

QAE I 2

En 50 mots environ, décrivez chacune des 3 Pertes de temps et expliquez qui est responsable de chacune de ces pertes de temps et des pertes en vies humaines ou des problèmes de santé qui en résultent.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QAE I 3

Groupez les interventions programmatiques ci-dessous en deux groupes : A pour celles qui ont la priorité la plus élevée et B pour celles qui ont la priorité la plus faible : formation du personnel pour qu'il communique mieux avec les patientes; information de la communauté sur la manière de reconnaître les signes de danger; réunions hebdomadaires du personnel médical pour discuter des cas; amélioration de la disponibilité des transports; amélioration de l'équipement; amélioration de l'approvisionnement en médicaments.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 Études de cas

Dans cette section, je vous présenterai trois études de cas, puis je vous demanderai de répondre à quelques questions en rapport avec ces études de cas. J'aborderai également la question de l'évaluation des besoins.

Étude de cas 1

Pour la population du district de Caio (950 000 habitants), l'accès aux soins médicaux est difficile. Il n'y a que deux centres de santé dans le district et un seul possède un service de maternité. L'hôpital rural est situé à plus de six heures de marche, en dehors du district.

Pendant la saison des pluies, ni les deux centres de santé ni l'hôpital rural ne sont accessibles à la majorité de la population du district de Caio.

Une fois par mois, une infirmière vient à motocyclette pour administrer des soins prénatals et vacciner les enfants et les femmes enceintes. Ces services sont assurés régulièrement avec l'aide d'une organisation non gouvernementale. Ils fonctionnent bien et les gens se rendent à ces consultations.

Étude de cas 2

Le district d'Aware est situé dans une région très fertile (950 000 habitants) et les habitants sont surtout des agriculteurs et des éleveurs. La zone est essentiellement musulmane et les femmes jouent un rôle moins important dans la vie publique que dans d'autres régions du pays. La polygamie est courante.

La zone n'est pas fortement peuplée mais elle possède un bon réseau de centres médicaux dotés de services de maternité capables d'administrer des soins de base. La région compte deux hôpitaux ruraux vers lesquels les centres peuvent aiguiller les cas compliqués. Chaque hôpital est équipé d'une salle d'opération et compte un chirurgien et trois sages-femmes qui assurent des gardes 24 heures sur 24 dans les services de maternité.

Dans le cadre de la réforme en cours du

système médical, il a été décidé de faire payer les utilisateurs pour les services de santé. Les femmes doivent verser une petite somme pour recevoir des soins prénatals ou accoucher à l'hôpital. Pour garantir la disponibilité des fournitures pour les césariennes et les autres interventions obstétriques importantes, un système de trousse chirurgicales a été introduit. Les patientes doivent payer pour chaque article de la trousse qui est utilisé pendant l'intervention. Le montant total des coûts est équivalent à deux mois de revenu familial.

L'introduction de ce système de facturation a suscité beaucoup de controverses et la population du district d'Aware n'est pas du tout contente de ce nouveau système. La majorité des gens se plaignent que les coûts sont trop élevés et ils disent qu'ils n'ont pas toujours l'argent nécessaire pour payer les soins médicaux.

Étude de cas 3

Le district d'Ekom est très proche de la capitale du pays et fortement peuplé (950 000 habitants). L'infrastructure sanitaire est suffisante pour faire face à la plupart des problèmes de santé; elle peut notamment fournir des soins obstétricaux. L'utilisation des services de santé publique par la population est élevée, bien que la qualité des services laisse à désirer.

Trois raisons sont à l'origine de la mauvaise qualité des services : les bas salaires et les mauvaises conditions de travail; la pénurie de fournitures; le mauvais fonctionnement de l'équipement; la migration du personnel qualifié; et l'impact des décès dus au sida, qui a fait de nombreuses victimes parmi les praticiens et les administrateurs.

En dehors du réseau de services publics gratuits, il existe un système de santé privé. Cependant, la législation applicable au système de prestations de services privés n'est pas très stricte.

Les médecins représentent la majeure partie des effectifs des centres de santé publique et des maternités. Ils protègent leur emploi et n'autorisent pas les sages-femmes à effectuer des actes simples, comme le retrait du placenta ou l'administration d'antibiotiques par injection. Le personnel administratif ne fait pas grand-chose pour régler ces problèmes et les autres questions administratives.

Les effectifs du secteur public ne travaillent qu'à temps partiel dans les établissements gouvernementaux et les sages-femmes préfèrent trouver un emploi dans des cliniques privées. Certaines sages-femmes ont même organisé des services de maternité privés. Il y a très peu d'équipements médicaux dans les centres de santé et la plupart d'entre eux ne possèdent même pas un thermomètre. Le stérilisateur de l'hôpital est en panne depuis deux ans. La plupart des services de maternité n'ont même pas les médicaments de base nécessaires pour prendre en charge les complications obstétriques.



Nancy Durrell McKenna



QAE 14

a. Dans l'étude de cas 1 dans le district de Caio, quel est d'après vous le problème principal en termes d'administration de soins obstétricaux?

.....

.....

.....

.....

b. Quel est le problème principal en termes d'administration de soins obstétricaux dans l'étude de cas 2 sur le district d'Awere?

.....

.....

.....

.....

c. Quel est le problème principal en termes d'administration de soins obstétricaux dans l'étude de cas 3 sur le district d'Ekem?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



QAE 15

Dans laquelle de ces trois situations estimez-vous que les décès maternels sont probablement les plus élevés. Expliquez votre réponse.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 Procéder à des évaluations des besoins

Maintenant, j'aimerais travailler avec vous sur l'évaluation des besoins en appliquant les Indicateurs de Processus à chacune des trois études de cas présentées à la section 3.2. Comme vous l'avez appris dans le Module 2, les Indicateurs de Processus permettent : d'évaluer le fonctionnement et l'utilisation des services de santé en termes d'octroi de SOU permettant de réduire les décès maternels; de voir quels secteurs doivent être étudiés plus en détails et de décider où il faut agir.

J'ai élaboré le tableau 2 en utilisant les six Indicateurs de Processus. Avant d'aller plus loin, essayez de compléter chacune des cases du tableau pour dire si les conditions de l'indicateur sont satisfaites ou non, selon les informations fournies dans les études de cas. Vous pouvez utiliser les lettres S/O (sans objet), si vous pensez que l'indicateur n'est pas pertinent. J'ai rempli certaines des cases à titre d'exemple. Veuillez compléter le tableau 2 à l'aide des informations dont vous disposez pour chacune des études de cas.

Tableau 2
Commencer votre évaluation des besoins

Indicateur	Étude de cas 1	Étude de cas 2	Étude de cas 3
Indicateur 1 Quantité de SOU	Non satisfait	Satisfait	
Indicateur 2 Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU			Satisfait
Indicateur 3 Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU			
Indicateur 4 Besoin satisfait en termes de SOU			
Indicateur 5 Césariennes en % du nombre total de naissances			
Indicateur 6 Taux de létalité			

À la page suivante, j'ai rempli les cases du tableau 2 sur la base des données disponibles. En règle générale, je peux dire que les indicateurs des études de cas 2 et 3 semblent meilleurs que ceux de l'étude de cas 1.

Tableau 2
Commencer votre évaluation des besoins (cases remplies)

Indicateur	Étude de cas 1	Étude de cas 2	Étude de cas 3
Indicateur 1 Quantité de SOU	Non satisfait	Satisfait	Satisfait
Indicateur 2 Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU	Non satisfait	Satisfait	Satisfait
Indicateur 3 Proportion du nombre total de naissances intervenant dans des établissements prodiguant des SOU	Non satisfait	Non satisfait	Satisfait
Indicateur 4 Besoin satisfait en termes de SOU	Non satisfait	Non satisfait	Satisfait
Indicateur 5 Césariennes en % du nombre total de naissances	Non satisfait	Non satisfait	Satisfait
Indicateur 6 Taux de létalité	S/O	Satisfait	Non satisfait

Dans les études 2 et 3, les SOU de base et complets sont disponibles, alors qu'ils ne le sont pas dans l'étude 1. C'est pourquoi les indicateurs 1 et 2 ne sont pas satisfaits dans l'étude 1 mais ils le sont dans les études 2 et 3. En fait, l'étude 1 comporte la mention « non satisfait » dans toutes les cases à l'exception des taux de létalité, où j'ai inscrit S/O parce que la question n'est pas pertinente. Pourquoi ne l'est-elle pas? S'il n'existe pas d'établissement, il n'y a aucun moyen de vérifier ces taux.

Dans l'étude 2, les établissements existent, mais le taux d'utilisation est probablement faible parce que les établissements sont chers, donc les indicateurs 3, 4 et 5 ne sont pas satisfaits. Toutefois, dans l'étude de cas 2, le taux de létalité est probablement faible parce que les services sont bons, donc l'indicateur 6 est satisfait. Même si le taux de létalité est faible, ce n'est pas vraiment un bon signe : comme les gens n'utilisent pas les établissements, les femmes meurent probablement à la maison puisque les indicateurs 3, 4 et 5 ne sont pas satisfaits.

Dans l'étude 3, les établissements existent et la population les utilise largement, donc les indicateurs 3, 4 et 5 sont satisfaits mais les services sont de mauvaise qualité donc, le taux de létalité est probablement élevé, ce qui fait que l'indicateur 6 n'est pas satisfait.

Quelle conclusion pouvez-vous tirer de ces données pour votre évaluation des besoins? Et quels sont les Indicateurs de Processus pour lesquels vous avez besoin d'informations supplémentaires?

En ce qui concerne l'étude de cas 1 dans le district de Caio, l'évaluation est relativement simple. Le problème principal est la faiblesse de l'infrastructure sanitaire. Il n'y a simplement pas d'établissements de santé prodiguant des SOU auxquels la population peut avoir accès sans trop de difficulté.

En ce qui concerne l'étude de cas 2 dans le district d'Aware, les services sont disponibles mais la population ne les utilise pas. Le niveau minimum acceptable concernant les Indicateurs de Processus est apparemment atteint, mais l'introduction de la facturation des soins aux usagers pour couvrir les dépenses empêche les gens de fréquenter les centres de santé ou les hôpitaux. En particulier, le coût de la trousse médicale pour la césarienne est prohibitif.

D'autres facteurs dans l'étude de cas 2 peuvent empêcher les gens d'utiliser les établissements, comme le révèlent les indicateurs. Il serait donc bon d'avoir des informations supplémentaires. Il peut s'agir de facteurs culturels; par exemple, le femme peut ne pas être autorisée à prendre les décisions à la maison. La population peut ne pas aimer l'attitude du personnel sanitaire.

En ce qui concerne l'étude de cas 2, vous pourriez trouver utile de réunir des informations supplémentaires sur la perception qu'ont les gens des services de santé et d'essayer d'avoir leur avis. Ces informations ne sont pas disponibles dans le service de santé; il faudra donc que vous procédiez à une collecte de données supplémentaires en organisant, par exemple, des discussions de groupe participatives.

L'étude de cas 3 dans le district d'Ekom révèle une situation dans laquelle il y a un nombre suffisant d'établissements de santé; les gens les utilisent mais la qualité des services est médiocre, ce que reflète le taux de létalité. Vous avez certaines informations sur la mauvaise qualité des services – l'absentéisme des médecins et des sages-femmes, le manque d'équipements, le refus des médecins de confier certains actes médicaux comme le retrait du placenta aux sages-femmes.

Vous pourriez aussi trouver utile de procéder à une étude plus complète pour examiner les services et les équipements dans les établissements et d'organiser des discussions de groupe participatives avec le personnel.



Nancy Durrell McKenna

3.4 Conception des interventions programmatiques

Dans la section précédente, vous avez étudié certains aspects de l'évaluation des besoins et nous avons analysé ensemble les trois études de cas pour comprendre les informations données par les Indicateurs de Processus et identifier les domaines dans lesquels nous pourrions avoir besoin d'informations supplémentaires. Dans cette section, j'aimerais adopter une approche similaire et utiliser les études de cas pour identifier les interventions programmatiques possibles pour lutter contre les décès maternels dans chacun des trois districts (Caio, Aware et Ekom). J'ai établi la liste de plusieurs interventions programmatiques possibles dans le tableau 3.

Tableau 3
Interventions programmatiques proposées

	Étude de cas 1 Caio	Étude de cas 2 Aware	Étude de cas 3 Ekem
1. Augmenter le nombre d'établissements de santé qui prodiguent des SOU			
2. Garantir la disponibilité d'équipements médicaux de base pour prodiguer des SOU			
3. Accroître le nombre de sages-femmes et/ou médecins			
4. Organiser un programme de recyclage pour les sages-femmes			
5. Organiser des réunions hebdomadaires pour le personnel médical pour discuter des décès maternels et d'autres cas			
6. Améliorer les compétences administratives			
7. Améliorer la disponibilité des transports			
8. Informer et mobiliser la communauté			
9. Renforcer les visites prénatales			
10. Former les accoucheuses traditionnelles de la communauté			



ACTIVITÉ I

Sur la base de ce que vous avez appris dans les sections précédentes, décidez quelles sont parmi les interventions proposées celles que vous incluriez dans un programme destiné à répondre aux besoins identifiés dans chacune des trois études de cas. Placez un cercle dans le tableau 3 ci-dessus pour indiquer où vous agiriez, compte tenu des informations dont vous disposez actuellement. Mes réponses figurent dans le tableau 4. Je me suis fondée sur ce que les évaluations des besoins ont révélé et je vous expliquerai pourquoi j'ai choisi d'inclure ces interventions – mais essayez de répondre à la question avant de regarder mes réponses.

Tableau 4
Interventions programmatiques proposées (cases remplies)

	Étude de cas 1 Caio	Étude de cas 2 Aware	Étude de cas 3 Ekoum
1. Augmenter le nombre d'établissements de santé qui prodiguent des SOU	●		
2. Garantir la disponibilité d'équipements médicaux de base pour prodiguer des SOU	●		●
3. Accroître le nombre de sages-femmes et/ou médecins	●		
4. Organiser un programme de recyclage pour les sages-femmes			
5. Organiser des réunions hebdomadaires pour le personnel médical pour discuter des décès maternels et d'autres cas	●	●	●
6. Améliorer les compétences administratives			●
7. Améliorer la disponibilité des transports	●	●	
8. Informer et mobiliser la communauté	●		
9. Renforcer les visites prénatales			
10. Former les accoucheuses traditionnelles de la communauté			

Vous voyez immédiatement que je n'ai pas choisi les interventions 9 et 10. J'ai déjà appris que la formation des accoucheuses traditionnelles ne permettait pas de faire reculer les décès maternels. En ce qui concerne les visites prénatales, elles sont importantes pour la santé générale des femmes. Il est vrai que ces visites peuvent permettre de découvrir des complications à un stade précoce (par exemple hypertension, saignements mineurs). Cependant, les visites prénatales ne nous permettent pas de prendre en charge la majorité des complications obstétriques qui entraînent des décès maternels.

Vous constaterez également que j'ai placé des cercles dans la case 5 pour les trois études de cas. En ce qui concerne l'intervention 5, elle semble vraiment importante pour les trois districts. La profession médicale – médecins, infirmières/sages-femmes et autres praticiens – doit tirer des leçons des causes médicales des décès maternels. Les compétences appropriées existent-elles dans l'établissement? Les

stocks de sang sont-ils suffisants pour faire des transfusions en cas d'hémorragie? L'équipement nécessaire est-il en place? Les stocks des médicaments sont-ils suffisants?

Dans quel état la femme qui avait besoin d'une césarienne est-elle arrivée à l'hôpital? Cela signifie-t-il que du temps a été perdu avant de la transférer du centre de santé à l'hôpital? Ou que sa famille a perdu du temps avant de prendre la décision de la faire soigner? Ou que du temps a été perdu dans l'établissement de santé à cause d'une mauvaise gestion ou par manque de qualifications? Les pertes de temps dans la communauté sont-elles dues à des problèmes financiers ou sociaux? Telles sont toutes les questions auxquelles le planificateur d'un programme devrait chercher à répondre.

Vous constaterez que la majorité des cercles sont placés sous l'étude de cas 1, où la population a besoin d'autant d'aide qu'elle peut en recevoir en termes d'augmentation de la disponibilité des SOU et d'accès à ces SOU. Clairement, l'intervention 1 est obligatoire pour le district de Caio. Elle peut être mise en place dans un premier temps en mettant à niveau les deux établissements de santé existants, puis en créant les établissements indispensables conformément au niveau minimum établi par les indicateurs (à savoir deux établissements de SOU complets et huit établissements en état de fonctionnement prodiguant des SOU de base).

La mise à niveau des établissements signifie qu'il faudra trouver du personnel supplémentaire avec l'expérience qui convient (intervention 3) et des équipements (intervention 2) ainsi que des fournitures appropriés.

L'intervention 7 est également importante pour que les femmes aient la vie sauve en recevant à temps les SOU nécessaires. Il peut s'avérer nécessaire de mettre des moyens de transport spéciaux à leur disposition ou d'améliorer l'état des routes, selon les conditions qui règnent pendant la saison des pluies. La question du transport est un problème dont la communauté peut se saisir ou qui peut être réglé en coopération avec le gouvernement.

Par exemple, la communauté pourrait organiser l'entretien et l'achat de pièces détachées pour les véhicules dont elle dispose afin de pouvoir transporter les femmes des centres de santé vers les hôpitaux. Ou elle pourrait faire pression sur le gouvernement pour obtenir une ambulance ou un véhicule à quatre roues motrices qui pourrait être utilisé comme ambulance. J'ai aussi mis un cercle dans l'intervention 8, car une fois que les établissements sont mis à niveau, il est important d'inviter la communauté à s'y rendre et à constater de ses propres yeux que les services ont été améliorés.

Dans l'étude de cas 2, où les établissements de santé sont bons, l'obstacle principal pour que la patiente utilise le système est l'augmentation des coûts à la charge de l'utilisateur. Il pourrait toutefois s'avérer important d'investir dans un moyen de transport approprié (intervention 7) pour permettre aux femmes d'atteindre les services de SOU à temps.

Dans l'étude de cas 3, le principal problème est la qualité des services. Des équipements de base sont nécessaires (intervention 2) et le personnel a besoin d'une formation pour renforcer ses compétences (intervention 4). D'autres interventions axées sur l'amélioration de



Czikus Carriere

la qualité des soins sont nécessaires, notamment l'intervention 6 qui porte sur l'amélioration de la gestion des établissements pour éliminer les obstacles qui empêchent les femmes d'avoir accès aux soins (attitude, diligence, précision des registres, etc.).

Autres options

Ce ne sont bien sûr pas les seules interventions que vous pouvez envisager pour lutter contre les décès maternels dans chacune de ces études de cas. Ces interventions sont proposées à titre indicatif pour vous aider à définir les secteurs à couvrir grâce aux interventions programmatiques. Vous pourriez envisager en particulier de découvrir si des politiques s'opposent à l'octroi des SOU (un sujet abordé dans la section 2).

Par exemple, dans l'étude de cas 2, la politique de récupération des coûts a vraiment découragé la communauté d'utiliser les services et s'est heurtée à une opposition violente de la part de la communauté. Si ce problème n'est pas résolu, les femmes qui souffrent de complications obstétriques ne recevront pas le traitement dont elles ont besoin et elles mourront.

Dans l'étude de cas 3, la politique qui permet au personnel médical de travailler à la fois dans des établissements publics et privés n'est pas réglementée et cette mauvaise gestion est responsable de la mauvaise qualité des services dans les établissements publics. Bien sûr, ce n'est pas la seule raison pour laquelle le personnel a deux emplois – les autres raisons sont les salaires trop faibles et les mauvaises conditions de travail.

Également, dans l'étude de cas 3, les médecins sont « jaloux » de leurs prérogatives ou ils « protègent leur emploi » et ne permettent pas aux infirmières/sages-femmes de faire des actes médicaux comme l'élimination du placenta, ce dont une infirmière/sage-femme qualifiée est parfaitement capable. Comme il y a rarement suffisamment de médecins pour avoir une présence dans l'établissement 24 heures sur 24, il est important pour les planificateurs de la santé que des mesures soient prises pour déléguer les services qui peuvent épargner des vies au personnel approprié de façon à ce que les femmes reçoivent à temps le traitement dont elles ont besoin. Cette délégation des tâches devrait figurer dans la législation nationale.

Avant d'aborder la question du suivi des interventions programmatiques dans la section suivante, il serait bon de réfléchir à l'ordre chronologique des interventions dans chacune des études de cas, de façon à respecter les priorités. L'ordre dans lequel les interventions se déroulent est un volet important de l'administration des programmes car certains éléments doivent être mis en place avant les autres. En outre, certaines actions sont sans conteste plus urgentes que d'autres.

Vous avez peut-être déjà noté, en fait, que certaines interventions qui figurent dans la liste donnée dans les tableaux 3 et 4 semblent prioritaires. Cette priorité est basée sur les 3 Pertes de temps. Les interventions 1 et 6 portent sur des problèmes au niveau de l'établissement de santé, ce qui permet d'éliminer la 3^{ème} Perte de temps d'abord, comme il est important de le faire. Les interventions 7 et 8 portent sur les Pertes de temps 2 et 3 qui, dans une certaine mesure, vont de pair. L'information de la



communauté sur les signes de danger renforce la sensibilisation et permet de mieux comprendre ce qu'il faut faire pour être sûr que les femmes reçoivent des SOU à temps – la communauté est un acteur important dans l'organisation de transports appropriés.

Toutefois, dans l'étude de cas 1, je laisserais l'intervention 8 pour la fin. Dans ce cas – comme dans tous les autres cas – tant que les établissements ne sont pas en état de marche, il n'y a aucune raison d'entreprendre une campagne d'information pour encourager la communauté à les utiliser. Dans l'étude de cas 1, je donnerais la priorité à l'intervention 1 puis à la 2, puis aux interventions 3, 5 et 7 puisqu'il est clairement très important de mettre les établissements à niveau de toutes les manières possibles. Dans l'étude de cas 2, je donnerais la priorité à l'intervention 7 par rapport à l'intervention 5 parce que je pense qu'il est important d'aider la communauté à atteindre les établissements, qui fonctionnent relativement bien. Dans l'étude de cas 3, je donnerais la priorité à l'intervention 2 puis aux interventions 4, 6 et 5, puisque les établissements ont désespérément besoin d'équipements et le personnel de meilleures qualifications.

3.5 Suivi des progrès des interventions programmatiques

Tout comme les Indicateurs de Processus ont prouvé leur utilité pour l'identification des besoins et la conception des programmes, ils peuvent être utilisés pour suivre les progrès des interventions programmatiques. Et pour ce faire, vous pouvez utiliser le tableau (tableau 3) qui figure à la section 3.4.



ACTIVITÉ 2

Comme auparavant, j'ai complété le tableau, montrant comment les indicateurs permettent de suivre chacune des interventions, mais je vous encourage à le faire aussi sur la base de ce que vous avez appris jusqu'ici.

Utilisez le tableau ci-dessous. C'est une copie du tableau 4. Le cercle dans la case en regard de chacune des interventions programmatiques montre les interventions que nous avons décidé d'appuyer pour les trois études de cas dans les districts de Caio, Aware et Ekom.

Nous avons décidé d'appuyer huit des interventions proposées sur 10, car les interventions 9 et 10 ne portent pas sur les complications responsables des décès maternels. Vous devez maintenant indiquer dans les cases comportant un cercle lequel des six indicateurs vous utiliserez pour suivre les progrès. J'ai rempli la première case à titre d'exemple. Comme pour l'activité 1, mes réponses s'accompagnent d'une explication. Essayez de faire cette activité avant de regarder mes réponses!

Tableau 5
Suivi des progrès des interventions programmatiques (cases remplies)

	Étude de cas 1 Caio	Étude de cas 2 Aware	Étude de cas 3 Ekom
1. Augmenter le nombre d'établissements de santé qui prodiguent des SOU	Les indicateurs 1, 2 révèlent la quantité de SOU et leur répartition géographique		
2. Garantir la disponibilité d'équipements médicaux de base pour prodiguer des SOU	●		●
3. Accroître le nombre de sages-femmes et/ou médecins	●		
4. Organiser un programme de recyclage pour les sages-femmes			●
5. Organiser des réunions hebdomadaires pour le personnel médical pour discuter des décès maternels et d'autres cas	●	●	●
6. Améliorer les compétences administratives			
7. Améliorer la disponibilité des transports	●	●	
8. Informer et mobiliser la communauté	●		
9. Renforcer les visites prénatales			
10. Former les accoucheuses traditionnelles de la communauté			

Le tableau 6 ci-dessous est une copie de mes réponses à l'activité 2.

Tableau 6
Suivi des progrès des interventions programmatiques (cases remplies)

	Étude de cas 1 Caio	Étude de cas 2 Aware	Étude de cas 3 Ekom
1. Augmenter le nombre d'établissements de santé qui prodiguent des SOU	● Les indicateurs 1 et 2 révèlent la quantité de SOU et leur répartition géographique		
2. Garantir la disponibilité d'équipements médicaux de base pour prodiguer des SOU	● Les indicateurs 1 et 2 montrent les établissements qui fonctionnent Les indicateurs 3, 4 et 5 révèlent une meilleure utilisation par la communauté		● Les indicateurs 1 et 2 montrent les établissements qui fonctionnent
3. Accroître le nombre de sages-femmes et/ou médecins	● Les indicateurs 1 et 2 montrent les établissements qui fonctionnent		
4. Organiser un programme de recyclage pour les sages-femmes	●		● Les indicateurs 3, 4 et 5 révèlent une meilleure utilisation par la communauté
5. Organiser des réunions hebdomadaires pour le personnel médical pour discuter des décès maternels et d'autres cas	● L'indicateur 6 révèle la qualité des soins Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté	● L'indicateur 6 révèle la qualité des soins Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté	● L'indicateur 6 révèle la qualité des soins Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté
6. Améliorer les compétences administratives			● L'indicateur 6 révèle la qualité des soins Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté
7. Améliorer la disponibilité des transports	● Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté	● Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté	
8. Informer et mobiliser la communauté	● Les indicateurs 3, 4 et 5 montrent une meilleure utilisation par la communauté		

Les indicateurs vous aident à comprendre si vous êtes sur la bonne voie. Vous remarquerez que pour plusieurs des activités ayant pour but d'améliorer les services, le résultat est déterminé par l'augmentation de l'utilisation, en particulier en ce qui concerne les indicateurs 3 et 4. Comme déjà noté, vous pourriez avoir besoin d'informations spécifiques supplémentaires sur des secteurs individuels pour cibler vos interventions programmatiques.

J'aimerais répéter ici les avantages des Indicateurs de Processus déjà mentionnés dans le Module 2, parce que la discussion que nous avons eue se rapporte aussi au suivi des programmes. Les avantages des Indicateurs de Processus sont les suivants :

Sensibilité aux changements.

Par exemple, si vous investissez dans l'amélioration de vos établissements de santé, vous pourrez utiliser des Indicateurs de Processus pour suivre les progrès accomplis au cours des 6 à 12 mois qui suivent, comme par exemple l'augmentation du nombre de personnes utilisant les établissements ou une diminution des taux de létalité. Vous pouvez imaginer l'impact positif que cela aura sur le moral du personnel et sur les relations avec la communauté

Faible maintenance.

Une fois que vous avez fait l'investissement initial pour améliorer les systèmes de statistiques de façon à obtenir les données dont vous avez besoin pour calculer les Indicateurs de Processus, le suivi est bon marché et peut être intégré dans les tâches quotidiennes; il faut toutefois évaluer périodiquement la qualité des données.

Cohérence interne.

Vous aurez remarqué que plusieurs de ces indicateurs se renforcent mutuellement; vous avez donc plusieurs moyens de vérifier la validité de vos informations. Par exemple, si le directeur de la santé au niveau du district indique une augmentation du besoin satisfait mais qu'aucun autre indicateur ne semble avoir changé, vous devez vous demander ce qui se cache derrière ce résultat.

3.6 Résumé de la section 3

Dans cette section, je vous ai donné les raisons qui se cachent derrière les trois Pertes de temps qui entraînent des décès maternels : temps perdu avant de prendre la décision de chercher un traitement, temps perdu avant d'atteindre l'établissement et temps perdu avant de recevoir un traitement dans l'établissement. Vous avez appris que les interventions programmatiques devaient s'attaquer en priorité aux problèmes qui sont à l'origine de la 3^{ème} Perte de temps, qui a trait à la qualité des soins dans l'établissement, avant de chercher à résoudre les problèmes à l'origine des Pertes de temps 1 et 2.

Je vous ai également présenté trois études de cas qui portent sur la disponibilité des SOU, l'accès aux SOU et leur utilisation, et sur les normes de qualité des SOU; je vous ai aidé à utiliser les Indicateurs de Processus pour identifier, sélectionner, établir les priorités et suivre les interventions programmatiques.

Section 4 : Résumé du Module 3

Dans ce module, j'ai situé les décès maternels dans l'éventail des problèmes relatifs à la santé de la reproduction et à la santé des femmes. J'ai expliqué que, parmi les femmes qui seront enceintes, certaines tomberont malades à cause de leur grossesse ou de l'accouchement. Dans ce groupe, certaines femmes mourront de complications obstétriques si elles ne reçoivent pas à temps des SOU.

On imagine souvent que les politiques de santé ou les plans d'action qui ont trait au planning familial, à la maternité sans risques ou à la santé de la reproduction englobent automatiquement les décès maternels; en fait, ce n'est pas le cas à moins que des dispositions spécifiques soient prises en faveur des SOU. Vous avez étudié l'évolution d'un cadre politique avant et après la Conférence internationale sur la population et le développement.

Il existe plusieurs types de politiques qui font référence aux décès maternels – des politiques comme le planning familial, la santé de la reproduction, la santé de la mère et de l'enfant et, bien sûr, la maternité sans risques. Vous avez examiné en détail une étude de cas portant sur une politique relative à la maternité sans risques et vous l'avez analysée pour découvrir les éléments qui ont directement trait aux décès maternels, en utilisant les Indicateurs de Processus.

Vous avez également acquis quelques notions sur la manière de déterminer les allocations budgétaires et sur les types de politiques qui, à première vue, ne semblent pas s'appliquer aux décès maternels mais qu'un planificateur doit prendre en considération avant de s'attaquer à ce problème.

J'ai énoncé les causes des trois Pertes de temps qui entraînent des décès maternels : le temps perdu avant de prendre la décision de chercher un traitement, le temps perdu avant d'atteindre l'établissement et le temps perdu avant de recevoir le traitement dans l'établissement. Vous avez appris que les interventions programmatiques devaient éliminer la 3^{ème} Perte de temps avant de s'attaquer à la 1^{ère} et à la 2^{ème} Perte de temps.

Dans ce module, vous avez pris connaissance de trois études de cas sur la disponibilité des SOU, l'accès aux SOU et leur utilisation, et la norme de qualité des SOU. Ensemble, nous avons appliqué les Indicateurs de Processus pour identifier et sélectionner les interventions programmatiques possibles, établir l'ordre chronologique de ces interventions et suivre les progrès accomplis.



Photodisc

Section 5 : Résumé du cours

Nous voici arrivés à la fin de notre cours sur les décès maternels. J'espère que vous avez autant appris en suivant ce cours que moi en le rédigeant. Je ne suis ni une professionnelle de la santé ni une statisticienne. Je suis écrivain et analyste du développement, et je m'occupe habituellement de politiques et de programmes – et j'ai beaucoup appris! Il serait très utile à ce point de passer en revue la matière étudiée dans l'ensemble du cours et de voir dans quelle mesure nous avons atteint les objectifs que nous nous étions fixés au début.

Dans le Module 1, vous avez étudié les cinq causes directes principales de décès et vous avez appris à définir plusieurs termes utilisés dans ce contexte. Vous en savez suffisamment pour expliquer pourquoi les SOU sont essentiels pour faire reculer les décès maternels. J'ai expliqué pourquoi les complications qui sont à l'origine des décès maternels ne peuvent ni être pronostiquées ni être évitées – mais qu'on peut les traiter avec succès lorsqu'elles se produisent. Des études de cas ont permis de démontrer que le maintien d'une incidence élevée de la mortalité maternelle est imputable à l'absence de SOU, tandis que leur octroi fait reculer les décès maternels.

Nous avons vu pourquoi les initiatives communautaires ne pouvaient pas à elles seules réduire les décès maternels. Vous avez identifié les différences entre la mortalité maternelle et d'autres problèmes de santé, comme la mortalité infantile, et vous avez compris pourquoi l'incidence de la mortalité maternelle est toujours élevée dans les pays en développement.

Le Module 2 vous a donné les outils nécessaires pour évaluer la gravité du problème ainsi que les progrès accomplis vers sa résolution : les indicateurs élaborés par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP. Vous avez appris la signification de certains termes utilisés dans les discussions sur ce problème.

Vous avez examiné les problèmes méthodologiques liés à la mesure de la mortalité maternelle; vous savez pourquoi les indicateurs d'impact ne facilitent pas la conception et le suivi des programmes et vous connaissez la différence entre les indicateurs d'impact et les indicateurs de processus. Je vous ai donné des exemples de questions auxquelles on peut répondre grâce aux Indicateurs de Processus et j'ai commencé à utiliser les Indicateurs de Processus pour choisir des stratégies d'intervention appropriées et pour suivre les progrès accomplis en matière de réduction des décès maternels.

Dans le troisième et dernier module de ce cours sur les décès maternels, vous avez acquis de l'expérience concernant l'utilisation des Indicateurs de Processus pour analyser les politiques et les programmes. Plus spécifiquement, vous avez utilisé ces indicateurs pour examiner les éléments d'une politique de maternité sans risques qui contribue à faire reculer les décès maternels, pour évaluer les besoins dans un pays ou dans une région spécifique et pour identifier les composantes des programmes destinés à réduire les décès maternels.

J'ai expliqué comment choisir les priorités pour les interventions et l'allocation des ressources et j'ai parlé des politiques qui peuvent s'opposer à l'octroi de soins obstétricaux d'urgence. Vous avez également appris quels étaient les 3 Pertes de temps qui entraînent des décès maternels, comment planifier le déroulement et le calendrier des programmes et comment choisir les indicateurs pour évaluer vos programmes de façon à pouvoir éliminer les problèmes qui surgissent pendant la mise en œuvre. Surtout, il faut s'assurer que la qualité des SOU est suffisante avant de mobiliser la communauté pour l'encourager à les utiliser.

Le message principal de ce cours est le suivant : nous pouvons sauver des femmes en ciblant directement les causes des décès maternels. Il faut bien sûr comprendre ce qui se passe dans la société et dans le système médical et ses institutions pour y apporter des solutions. Mais la cause principale de décès est claire : ce sont les complications obstétriques. Si vous mettez des SOU de qualité suffisante à la disposition des femmes et que celles-ci les utilisent, vous préviendrez des décès maternels. Sinon, ces femmes continueront à mourir.

Et vous? Qu'avez-vous retiré de ce cours?

Réponses aux QAE

Réponse à la QAE 1

Le Paragraphe 7.2 du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement stipule que les hommes et les femmes ont :

« le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement. »

Les participants à la Conférence reconnaissent que l'accès à des soins médicaux est un droit fondamental.

Puisque les SOU sont nécessaires pour éviter les décès provoqués par les complications obstétriques, les SOU sont les soins médicaux appropriés pour éviter les décès maternels. En effet, l'octroi de SOU est un moyen de respecter le droit des femmes à la vie, qui est le droit le plus fondamental de l'homme et qui est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

Réponse à la QAE 2

Si vous avez cité trois des éléments suivants, votre réponse est correcte : planning familial, soins après un avortement, infections de l'appareil génital, maladies sexuellement transmissibles, VIH/sida, services destinés aux adolescents, nutrition maternelle et infantile, cancers des organes génitaux, stérilité, mutilations sexuelles infligées aux femmes, violence à l'égard des femmes.

Réponse à la QAE 3

Bien que les questions sanitaires, sociales et économiques soient interdépendantes, les problèmes peuvent avoir des causes totalement différentes. Par exemple, la mortalité infantile est étroitement liée à la nutrition et aux conditions de vie tandis que les décès maternels sont provoqués par des complications obstétriques et par l'incapacité du système médical à les prendre en charge.

Réponse à la QAE 4

Si davantage de femmes utilisent des méthodes de contraception, il y aura bien entendu moins de grossesses et, de ce fait, moins de décès en termes absolus. Mais le taux de mortalité maternelle ne reculera pas. Toutefois, comme je l'ai expliqué dans la section 3.1 du Module 2, parmi les femmes qui se retrouvent enceintes, environ 15 % souffriront de complications obstétriques. C'est vrai pour l'Europe et l'Amérique comme pour l'Asie et l'Afrique.

Si les femmes qui souffrent de complications obstétriques ne reçoivent pas les soins appropriés à temps, elles meurent. Comme la composante A n'a pas de rapport avec la question des SOU, elle ne fera pas baisser le rapport de mortalité maternelle. Il y aura moins de grossesses et moins de morts, mais le rapport restera pratiquement constant.

Réponse à la QAE 5

Les soins prénatals – composante B – ne contribueront que marginalement à la réduction des décès maternels. Les agents de santé familiale sont notamment supposés rendre visite aux femmes enceintes et, pendant ces visites, pronostiquer et prévenir les complications obstétriques qui pourraient survenir. Cet aspect de la politique est aussi supposé garantir qu'une personne qualifiée prodiguera les soins.

En ce qui concerne le pronostic et la prévention des complications obstétriques, vous vous souvenez que vous avez appris dans la section 3.1.1 du Module 1 qu'il n'était pas possible de pronostiquer ou de prévenir la majorité des complications obstétriques. Il est toutefois possible de les traiter lorsqu'elles se produisent.

En ce qui concerne l'accouchement par une personne qualifiée, cela ne changera rien au problème. Vous vous souvenez que 75 % des décès maternels sont dus à des complications obstétriques directes. Les accoucheuses qualifiées n'ont pas les compétences et les équipements nécessaires; elles ne contribueront donc pas à la réduction des décès maternels.

Tout ce que les accoucheuses qualifiées peuvent faire c'est éviter les pratiques dangereuses et garantir l'aiguillage immédiat des femmes qui souffrent de complications vers les établissements appropriés, tout en contribuant à stabiliser leur état si elles ont les compétences et les médicaments nécessaires. C'est pourquoi cette composante ne représente qu'une contribution marginale à la réduction des décès maternels.

Réponse à la QAE 6

La même réponse s'applique à la composante C qu'à la composante B : contribution marginale. La seule activité prévue pour les accoucheuses traditionnelles qui ait une pertinence quelconque pour les complications obstétriques est l'aiguillage vers l'établissement approprié, en plus d'éviter les pratiques dangereuses. Les accoucheuses traditionnelles ne peuvent pas administrer de SOU puisque par définition elles ne sont pas des professionnelles de la santé. Donc, la contribution de cette composante aux problèmes des décès maternels est marginale.

Réponse à la QAE 7

La composante D est la seule composante de la politique de maternité sans risques qui contribue réellement à la réduction des décès maternels parce qu'elle cible directement le problème et sa solution : la disponibilité des SOU. Si mon objectif est de réduire les décès maternels, alors la composante D – et elle seule – aura un impact.

Réponse à la QAE 8

Voici comment je remplirais les cases du tableau 1 pour montrer si la politique conçue par les responsables de la santé du Rondonia peut faire reculer les décès maternels.

Tableau 1 Analyse politique

Politique de maternité sans risques	Composante D
Indicateurs de Processus (niveaux minimums /maximums acceptables)	
1. Quantité de SOU (pour 500 000 habitants)	
Établissements prodiguant des SOU complets 1	Oui
Établissements prodiguant des SOU de base 4	Non
2. Répartition géographique des établissements prodiguant des SOU (répartition infranationale pour 500 000 habitants)	Non
3. Proportion du nombre total de naissances dans des établissements prodiguant des SOU de base et complets (au moins 15 % de toutes les naissances dans la population)	Non
4. Besoin satisfait en termes de SOU (au moins 100 % des femmes dont on estime qu'elles auront des complications sont traitées dans des établissements prodiguant des SOU)	Non
5. Césariennes en % du nombre total de naissances dans la population (pas moins de 5 % et pas plus de 15 %)	Ne sais pas
6. Taux de létalité chez les femmes (moins de 1 %)	Ne sais pas

Grâce à la composante D de la politique de maternité sans risques appliquée au

Rondonia, je sais qu'un hôpital de district est prévu pour 500 000 habitants donc, je sais que la cible en termes de SOU complets sera atteinte, ce qui est excellent. Toutefois, je sais aussi que pour 500 000 habitants, j'aurai besoin d'au moins quatre établissements prodiguant des SOU de base, parce qu'autrement, je n'aurais pas d'établissements qui soient géographiquement accessibles à la population. Comme ces établissements n'existent pas, je réponds « non » à la deuxième partie de l'indicateur 1 des services obstétriques ainsi qu'à l'indicateur 2 des services obstétriques. Je garde également en mémoire que les établissements prodiguant des SOU de base n'ont pas besoin d'avoir un personnel et des services de mêmes niveaux que les établissements prodiguant des SOU complets, ce qui est un facteur important en termes de ressources.

Comme je n'ai pas la quantité de SOU qui convient, je sais que je ne vais pas atteindre les 15 % estimés du nombre total de naissances à qui il faudrait administrer ces services ou que le besoin en termes de SOU ne sera pas satisfait, donc je réponds également « non » aux Indicateurs de Processus 3 et 4. Les Indicateurs de Processus 5 et 6 portent directement sur l'établissement et je n'ai pas suffisamment d'informations pour me faire une opinion.

Pour résumer, je pense que la composante D – la seule composante dans la politique de maternité sans risques du Rondonia qui contient les éléments nécessaires pour faire reculer les décès maternels – ne cerne pas suffisamment le problème. Les décès maternels reculeront mais pas autant que ne l'espéraient les planificateurs. Un nombre toujours inacceptable de femmes mourront.

Réponse à la QAE 9

Après avoir étudié ce cours, je sais que les accoucheuses traditionnelles n'ont ni les compétences ni les équipements indispensables pour traiter les complications obstétriques qui provoquent des décès maternels si elles ne sont pas prises en charge. Le mieux

qu'elles puissent faire, c'est de diagnostiquer les complications et d'aiguiller les femmes vers des établissements de santé, comme peuvent le faire aussi les autres membres de la communauté.

Réponse à la QAE 10

Le mieux que je puisse attendre des agents de santé familiale en termes de réduction des décès maternels c'est qu'ils sachent reconnaître les complications obstétriques et qu'ils aiguillent les femmes qui en souffrent vers un établissement de santé.

Réponse à la QAE 11

Je ne pense pas que le programme restera tel quel une fois mis en œuvre. Même la politique a dû être révisée puisque le premier projet ne comprenait pas de SOU de base. Et tout semble déjà indiquer qu'il faudra probablement réaffecter certaines des ressources de la composante A à la composante D, pour financer des tâches supplémentaires. C'est pourquoi le suivi des programmes est si important : pour ajuster les plans à la vie réelle.

Réponse à la QAE 12

La 1^{ère} Perte de temps est le temps perdu à décider de chercher un traitement (la famille et la communauté sont responsables); la 2^{ème} Perte de temps est le temps perdu avant d'atteindre l'établissement de SOU (la communauté et le gouvernement sont responsables); la 3^{ème} Perte de temps est le temps perdu dans l'établissement à attendre les SOU (le personnel médical et le gouvernement sont responsables).

Réponse à la QAE 13

Groupe A (priorité la plus élevée) – réunions hebdomadaires du personnel médical pour discuter des cas problématiques; amélioration de l'équipement; amélioration de l'approvisionnement en médicaments; formation du personnel pour qu'il communique mieux avec les patientes.

Groupe B (priorité plus faible) – amélioration des transports disponibles; information de la communauté sur les moyens de reconnaître les signes de danger.

Réponse à la QAE 14

Voilà certains des éléments qui devraient figurer dans votre réponse. Ne vous inquiétez pas si vous avez répondu différemment parce que nous avons pu voir les choses sous des angles différents et avoir raison tous les deux.

- a. *Le problème principal dans le district de Caio est la disponibilité limitée des établissements prodiguant des SOU de base et des SOU complets. Cela signifie que la population n'a pas un accès suffisant à ces services. Le fait que les sages-femmes viennent et organisent des soins prénatals ne rend pas les SOU accessibles à la population. Les urgences obstétriques peuvent se déclarer à tout moment du jour et de la nuit et les femmes ne peuvent pas attendre la prochaine visite de la sage-femme.*
- b. *Le problème principal dans le district d'Awara vient de l'introduction récente de coûts pour l'utilisateur, ce qui fait que la population n'a pas toujours les moyens d'utiliser les services. La disponibilité des SOU de base et complets est suffisante, mais les services disponibles ne sont pas utilisés.*
- c. *Dans le district d'Ekoma, qui est très proche de la capitale du pays, l'infrastructure sanitaire est suffisante et les gens utilisent les services. Toutefois, la qualité des soins semble poser un problème grave. Il semble que les équipements médicaux soient insuffisants. En outre, le personnel n'est pratiquement jamais disponible pour les services publics et passe la majorité de son temps dans les services privés.*

Réponse à la QAE 15

Le nombre de décès maternels est probablement le plus élevé dans l'étude de cas 1. Dans cette situation, la population n'a accès à aucun type de SOU. Cela signifie que la majorité des complications obstétriques comme les saignements, la dystocie d'obstacle et l'éclampsie, qui peuvent entraîner des décès maternels, ne peuvent pas être traitées. Comme vous le savez, l'accès aux SOU est au centre de la réduction des décès maternels.

Il est vrai que la fréquentation des services prénatals organisés par l'infirmière qui se déplace sur sa moto est bonne, mais comme vous l'avez appris dans le Module 1, cela ne permet pas de réduire les décès maternels puisque les complications obstétriques ne peuvent être ni pronostiquées ni évitées mais seulement traitées lorsqu'elles se produisent.

La population dans l'étude de cas 2 et l'étude de cas 3 a un certain accès aux SOU, même s'ils sont chers, comme c'est le cas pour 2, ou d'une qualité insuffisante comme c'est le cas pour 3.

Glossaire

Accoucheuse traditionnelle :	Personne qui n'a pas suivi de formation médicale qui prend soin des femmes pendant la grossesse ou l'accouchement
Anémie :	Niveau anormalement faible de globules rouges dans le sang ou niveaux faibles d'hémoglobine
Années de procréation :	Les années de procréation d'une femme se situent entre 15 ans et 49 ans
Antepartum :	Qui intervient avant l'accouchement
Anticonvulsivants :	Médicament qui évite ou soulage les convulsions (comme le valium)
Besoin satisfait en termes de SOU :	La proportion de femmes qui ont besoin d'être traitées pour des complications obstétriques et qui reçoivent ce traitement
Césarienne :	Retrait du fœtus grâce à une incision dans l'utérus
Décès maternel :	Le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de sa grossesse
Décès obstétrique direct :	Décès dû à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum
Décès obstétrique indirect :	Décès dû à des états pathologiques existants qui empirent pendant la grossesse ou l'accouchement
Discussion de groupe participative :	Qui regroupe toutes les personnes qui cherchent à résoudre un problème donné pour mieux comprendre la nature du problème
Dystocie d'obstacle :	Se produit lorsque l'enfant ne peut pas passer à travers le pelvis de la mère, soit parce que la tête de l'enfant est trop grosse, soit parce que l'enfant n'est pas dans une position correcte pour la traversée de la filière génitale
Éclampsie :	Coma et convulsions pendant la grossesse, souvent à la période de l'accouchement
Embolie :	Obstruction d'un vaisseau sanguin, généralement par un caillot sanguin
Évaluation des besoins :	Un examen permettant de mieux comprendre les problèmes auxquels une population, un établissement de santé ou un ministère sont confrontés pour concevoir des programmes qui répondent à ces problèmes spécifiques

Fistule :	Passage anormal entre deux cavités (vagin/vessie, vagin/rectum)
Fonctions-signal :	Les fonctions qui sont absolument nécessaires pour sauver les femmes qui souffrent de complications obstétriques
Grossesse ectopique :	L'œuf fécondé s'implante en dehors de l'utérus – dans la cavité abdominale, les ovaires, la trompe de Fallope ou le col de l'utérus
Hémorragie :	Perte de sang
Hémorragie antepartum :	Perte de sang qui intervient à n'importe quel moment avant l'accouchement
Hémorragie post-partum :	Perte excessive de sang qui intervient après la naissance, habituellement dans les deux jours qui suivent l'accouchement
Hépatite :	Inflammation du foie d'origine virale ou toxique
Hypertension :	Pression artérielle élevée, habituellement supérieure à 140/90
Indicateurs :	Mesures ou statistiques utilisées pour évaluer les besoins, suivre la mise en œuvre et évaluer les progrès
Indicateurs d'impact :	Ils donnent une indication des changements intervenus dans le phénomène ciblé, par exemple le nombre de décès maternels
Indicateurs de Processus :	Ils mesurent les changements dans les activités qui contribuent à un phénomène particulier ou empêchent qu'il se produise, comme les décès maternels
Indicateurs de services obstétriques :	Une statistique qui mesure la disponibilité, l'utilisation ou la qualité des soins obstétriques
Indice synthétique de fécondité :	Nombre moyen d'enfants par femme aux taux de fécondité actuels
Médicament ocytocique :	Terme qui s'applique à tout médicament qui stimule les contractions de l'utérus de façon à provoquer ou accélérer le travail
Morbidité maternelle :	Maladie et/ou handicap liés à la grossesse
Mortalité maternelle :	Statistique fondée sur le nombre de décès maternels
Naissance vivante :	Terme utilisé à des fins statistiques pour dire qu'un nourrisson est né avec des signes de vie
Parentéral :	Par toute voie qui n'emprunte pas le canal alimentaire, par exemple par voie intraveineuse

Placenta :	La structure spongieuse dans l'utérus dont le fœtus tire sa nourriture
Post-partum :	Qui intervient après la naissance
Prééclampsie :	Un état, pendant la grossesse, caractérisé par de l'hypertension, des maux de tête et l'enflure des pieds et des jambes
Rapport de mortalité maternelle :	Le nombre de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes
Risque à vie de décès maternel :	La probabilité, en moyenne, qu'une femme succombe à des causes maternelles. On le calcule en utilisant le risque moyen associé à la grossesse et le nombre moyen de fois qu'une femme est enceinte
Rupture de l'utérus :	Déchirure de la paroi utérine, souvent due à une dystocie d'obstacle non traitée
Sage-femme :	Professionnelle qui a suivi une formation complète dans un cours d'obstétrique agréé et qui est capable d'assister des accouchements normaux, de diagnostiquer et de prendre en charge les complications pendant la naissance
SOU complets :	Comprend les fonctions des SOU de base, ainsi que les transfusions sanguines et les césariennes
SOU de base :	Fonctions qui peuvent être accomplies par une infirmière/sage-femme ou un médecin expérimentés, qui sauvent la vie de nombreuses femmes et stabilisent les femmes qui doivent être aiguillées vers un traitement plus complexe
Taux de létalité :	Le nombre de décès provoqués par une condition spécifiques divisé par le nombre de personnes qui souffrent de cette condition
Taux de mortalité maternelle :	Le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer, par an
Taux brut de natalité :	Les naissances pour 1 000 habitants, par an
Zone desservie :	Description officielle de la population et de la zone qu'un établissement de santé est censé desservir

Lectures recommandées

Ces cinq ouvrages sont les lectures recommandées pour ce cours :

Healthlink Worldwide, *HIV and Safe Motherhood*, 2000.

Maine, Deborah, *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*, Université de Columbia, New York, 1991.

UNICEF/OMS/FNUAP, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, New York, octobre 1997.

UNICEF, *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*, New York, octobre 1999.

Université de Columbia, *Prevention of Maternal Mortality Network: PMM Results Conference Abstracts*, New York, 1996.

Références

Maine Deborah, Akalin, Murat Z., Ward, Victoria M., et Kamara, Angela. *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programmes*, Université de Columbia, 1997.

Notes

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Notes

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.