



La mortalité maternelle Un manque de progrès inacceptable

mars 2007

Deux des huit objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés par les membres de l'ONU en 2000 ciblent la santé des mères et des enfants, ce qui atteste des grandes inégalités en termes de santé de la mère et de l'enfant tant au sein des pays qu'entre eux. En 2001, les conditions maternelles et périnatales étaient le plus grand facteur de la charge de morbidité, représentant environ 6 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI).^{*} Environ 500 000 femmes meurent des suites de la grossesse ou de l'accouchement, presque toujours dans les pays en voie de développement.

Les taux de mortalité des mères et des nouveau-nés sont considérés comme des indicateurs sensibles du système de soins global et peuvent être utilisés pour suivre les gains de santé généraux. Toutefois, ces décès représentent aussi les défis les plus sérieux pour atteindre les OMD, en particulier en Asie du Sud et en Afrique sub-saharienne.

Les experts s'accordent à reconnaître que presque tous les décès maternels peuvent être prévenus avec des soins adéquats prénatals et postnatals ainsi qu'une aide qualifiée à l'accouchement et la disponibilité de soins d'urgence pour les complications sérieuses. Les interventions cliniques requises pour éviter une large partie de la charge de morbidité maternelle requièrent un système de santé qui fonctionne relativement bien.

Cette fiche de données se focalise sur les causes et la gestion des conditions qui adviennent lors de la grossesse et de l'accouchement et entraînent la mort de la mère. La santé maternelle est intimement liée à celle du nouveau-né, qui fait l'objet d'une discussion détaillée dans la fiche de données « Santé du nouveau-né ».

Causes des décès maternels

Les conditions maternelles incluent des événements qui adviennent à partir de la conception jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Durant cette période, la santé des femmes peut être compromise par les conditions qui se présentent spécifiquement durant la grossesse et appelées *causes obstétriques directes* ou celles qui sont aggravées par la grossesse, ou qui la menacent, et appelées *causes obstétriques indirectes*. Les causes

directes représentent 80 % de tous les décès, les causes indirectes représentant le reste. Parmi les causes directes, l'hémorragie est la plus commune. Les causes indirectes incluent les maladies telles que le VIH/sida et le paludisme.

Dans le rapport très complet intitulé *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nde édition (DCP2), des experts internationaux mettent l'accent sur cinq conditions maternelles représentant environ 75 % des décès maternels – l'hémorragie, la septicémie, les maladies liées à l'hypertension de la grossesse, le travail bloqué et les avortements à risque.

Bien que la grossesse et la naissance soient des processus naturels, le maintien d'un équilibre entre la prise en charge de naissances sans complications et l'aptitude à gérer des complications représente un défi pour les systèmes de santé et une source de tensions dans les programmes de maternité sans danger. Aux évaluations des caractéristiques des conditions maternelles doit s'ajouter une attention portée aux caractéristiques suivantes de la santé maternelle :

- De nombreuses pratiques de prévention liées à la grossesse et la naissance peuvent être néfastes lorsqu'elles sont appliquées par des personnes non qualifiées
- Les vies d'au moins deux personnes sont en jeu si des complications surviennent
- Les conditions se présentent d'un point de vue clinique non pas en tant qu'entités uniques mais en tant que complexes
- La mort survient souvent au moment de la naissance. Environ deux tiers des décès maternels surviennent entre le début du travail ou de l'avortement et 48 heures après la naissance ou l'avortement
- La présentation clinique initiale de certaines conditions peut être soudaine, avec une évolution rapide pour arriver à un stade où la vie est menacée
- Les conditions maternelles sont souvent imprévisibles

Presque tous les décès maternels sont évitables avec des soins compétents mais les interventions doivent répondre à une gamme diverse de difficultés. Les

facteurs de risque pouvant entraîner des problèmes de santé graves pour la mère, voire la mort, peuvent être sociaux, économiques ou culturels et ils peuvent être liés au système de santé ou à l'état de santé de la mère. Pour réduire les facteurs de risque, les améliorations apportées aux systèmes de santé doivent être complétées par une attention portée aux divers facteurs sociaux, économiques et culturels ainsi qu'aux droits de la reproduction.

Presque tous les décès maternels ont lieu dans le monde en voie de développement. Cette différence de mortalité maternelle entre les mondes développés et en voie de développement est souvent citée comme étant le fossé le plus important de toutes les statistiques sanitaires. Treize pays représentent à eux seuls 70 % de tous les décès maternels. Deux régions – l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne – représentent 74 % du fardeau mondial des conditions maternelles (voir tableau). Il existe aussi des disparités importantes de statut socioéconomique au sein des pays, avec de larges fossés entre les riches et les pauvres.

A l'échelle mondiale, on a fait peu de progrès pour réduire la mortalité maternelle durant les 20 dernières années, bien que certaines données semblent indiquer un déclin dans certains pays où les ratios de mortalité maternelle étaient déjà faibles (moins de 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Des statistiques récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant les avortements à risque – une cause majeure de mortalité maternelle – montrent un déclin apparent de l'incidence à l'échelle mondiale, bien que le risque de décès demeure élevé, à 50 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (et jusqu'à 140 décès pour 100 000 naissances vivantes en Afrique sub-saharienne).

Interventions

Aucune intervention de santé ne peut à elle seule réduire de façon notable la mortalité maternelle. L'étendue et la nature des conditions maternelles exigent des regroupements d'interventions. Trois voies principales peuvent éviter des conséquences désastreuses : la prévention des grossesses, la prévention des complications et la prévention du décès résultant de complications durant la grossesse et la naissance. La première voie est la seule vraie stratégie primaire de prévention et fait l'objet d'une prochaine fiche de données qui résume le chapitre DCP2 concernant la contraception.

La prévention des complications implique le maintien d'une grossesse normale et la prise en charge de complications mineures – en résumé, elle implique une bonne qualité de soins. Si des complications se

présentent, le décès maternel peut être évité par des interventions efficaces, opportunes et appropriées, souvent appelées *soins obstétricaux d'urgence*.

Stratégies de regroupements d'interventions DCP2 sur la base d'un/une :

- approche stratégique – basée sur la population et non pas sur la personne
- niveau de soins – au foyer, primaire et secondaire
- période – grossesse, travail et accouchement, et post-partum

Les interventions les plus efficaces et prometteuses sont soulignées ci-dessous :

Interventions basées sur la population

GROSSESSES PLANIFIÉES

Les recherches ont démontré que les femmes sont confrontées à un plus grand risque de mort ou d'invalidité suite à une grossesse selon la fréquence des grossesses (nombre et espacement), l'âge de la mère et le désir d'enfant. Les femmes peuvent mieux planifier leurs grossesses si elles ont accès à des programmes d'information, d'éducation et de communication de la planification familiale (IEC) et à des services adaptés aux clients pour accroître l'accès à la contraception. Ces interventions sont reconnues comme ayant permis un accroissement notable de l'utilisation de la contraception et un déclin substantiel de la fécondité dans les pays en voie de développement au cours des 40 dernières années. Toutefois, un besoin non satisfait important persiste encore. Les experts ont estimé qu'en évitant les grossesses non désirées, on pourrait réduire les décès maternels de 20 % dans les pays en voie de développement.

AMÉLIORATION DE LA NUTRITION

Nombre de femmes dans les pays en voie de développement souffrent de problèmes durant la grossesse à cause d'un manque de nutriments vitaux – en particulier le fer, l'iode, les acides foliques et la vitamine A. Des interventions telles que l'apport de multivitamines, de minéraux ou de macronutriments, y compris des suppléments énergie-protéine ainsi que des acides de fer et folique pour combattre l'anémie sont validées par un nombre limité de données.

Interventions personnelles

Les interventions dirigées directement vers les personnes doivent inclure un continuum de soins pour la mère et l'enfant en termes de temps (avant et après la naissance), de lieu (lier les services au foyer et ceux de santé avec une chaîne de référence auprès des

spécialistes efficace) et de personnel qualifié (le prestataire de soins). Les soins peuvent être fournis au foyer, au niveau primaire (clinique ou centre de santé) et au niveau secondaire (hôpital de district).

SOINS À DOMICILE

La préparation à la naissance inclut la sélection du lieu et de la personne aidant la naissance, ainsi que la sélection d'un moyen de transport rapide vers un centre de soins ou un hôpital le cas échéant et, parfois, l'identification d'un donneur de sang compatible en cas d'hémorragie. La femme enceinte, les membres de sa famille et d'autres membres de la communauté, y compris les aides traditionnelles à la naissance (ATN) devraient apprendre à reconnaître les signes de complications dangereuses et à prendre les décisions appropriées.

SOINS DE NIVEAU PRIMAIRE

Les soins de niveau primaire sont largement reconnus comme jouant un rôle crucial de point d'entrée aux services maternels et aux soins avant et après la grossesse. Les centres de santé offrant des soins de niveau primaire devraient fournir des soins prénatals, d'accouchement (y compris la prise en charge des complications de l'avortement) et le post-partum (y compris la planification familiale et les conseils après l'avortement) ainsi que les soins aux nouveau-nés.

La prise en charge des complications intervient habituellement à deux niveaux – les soins obstétriques d'urgence de base (BEmOC) et les soins obstétriques complets d'urgence (CEmOC). Les CEmOC incluent les interventions chirurgicales et les transfusions sanguines. La capacité des centres de santé de fournir des BEmOC dépend de la disponibilité des fournitures, des médicaments, des infrastructures et de prestataires qualifiés.

Soins prénatals de routine. Les éléments essentiels de soins prénatals de routine incluent : le dépistage et le traitement de la syphilis, l'immunisation avec les toxoïdes du tétanos, la prévention et le traitement de l'anémie et la prévention et le traitement du paludisme avec des prophylaxies et des moustiquaires de lit. Il existe des données solides soutenant la rentabilité d'un programme prénatal de quatre visites incluant l'éducation des femmes et des personnes aidant la naissance sur les signes de danger et le besoin d'une aide qualifiée à la naissance.

Soins à l'accouchement. Les risques de résultats négatifs pour la mère et le bébé sont les plus élevés durant l'accouchement. Pour réduire ces risques, les experts ont recommandé que les services de prestation de soins soient fournis par des professionnels ayant des qualifications obstétriques, que la naissance ait lieu à la

maison ou dans un centre de santé. L'une des principales stratégies pour la réduction de la charge de morbidité maternelle consiste à utiliser davantage de prestataires qualifiés pour la vaste majorité des accouchements normaux et la prise en charge de complications légères au niveau primaire, avec une référence vers des CEmOC si nécessaire. À l'échelle mondiale, il existe de vastes variations du nombre de personnes qualifiées aidant aux naissances, le nombre le plus faible étant en Afrique sub-saharienne avec 48 % des accouchements. Des variations existent aussi entre les groupes socioéconomiques au sein des pays. La proportion d'accouchements avec un professionnel de santé (docteur, sage-femme ou infirmier) est un indicateur utilisé pour évaluer le progrès vers l'amélioration des soins de santé maternels.

Soins post-partum. Les services de soins primaires continuent de négliger la période post-partum malgré des problèmes importants durant cette période. Les visites postnatales de routine ne sont pas répandues et la plupart des contacts avec des services après l'accouchement se focalisent sur des messages éducationnels ciblés vers les signes de danger, l'allaitement, la nutrition et le style de vie plutôt que des examens physiques de la femme en post-partum. Comme les avortements à risque représentent une proportion notable du fardeau des conditions maternelles, la prise en charge des avortements compliqués devrait recevoir une priorité plus forte mais ce besoin critique est souvent négligé.

SOINS SECONDAIRES

Les soins en hôpital, en général au niveau du district, incluent les CEmOC et doivent être liés étroitement aux soins primaires par le biais d'une chaîne de référence rapide et efficace auprès d'un spécialiste. Les hôpitaux de district doivent être capables de fournir des interventions chirurgicales avec des ressources auxiliaires nécessaires telles que des banques de sang. Les experts en obstétrique s'accordent pour reconnaître que la mortalité maternelle ne peut être réduite sans soins secondaires efficaces concernant les complications. L'ONU soutient un minimum d'un centre de CEmOC pour 500 000 personnes.

Coût-efficacité

L'analyse du rapport coût-efficacité se focalise sur les *soins prénatals, l'accouchement et les soins intrapartum et les soins obstétriques d'urgence*. Par rapport à un service maternel de routine donné, les regroupements d'interventions les plus rentables améliorent la qualité des soins prénatals et intrapartum en s'assurant de la disponibilité des BEmOC au niveau primaire et en accroissant l'adéquation des CEmOC au niveau secondaire. En Asie du Sud, l'évolution d'un

service maternel de routine vers cet ensemble de soins de meilleure qualité coûte 142 USD par AVCI évitée et 5 017 USD par mort évitée. En Afrique sub-saharienne, les coûts étaient de 83 USD par AVCI évitée et 2 729 USD par mort évitée. De petites augmentations de couverture de soins prénatals, ne serait-ce que 20 % de femmes en plus, augmentent le nombre de femmes bénéficiant de l'adjonction d'aide obstétrique de première nécessité et de CEmOC.

Bénéfices de l'intervention

La réduction de la mortalité maternelle fournit des bénéfices à tous les foyers d'un point de vue économique, en permettant aux femmes de rester productives plus longtemps et en évitant les coûts associés à une crise sanitaire. Comme la santé et l'éducation des enfants souffrent en général lorsqu'une mère meurt, prévenir les décès maternels évite aussi ces fardeaux économiques. Ainsi, la prévention de la mortalité peut soutenir des efforts plus larges pour réduire la pauvreté.

Toutefois, les gains en termes de santé maternelle dépendent de systèmes de santé qui fonctionnent bien et d'un environnement de politiques de gestion créant des conditions favorables. Pour atteindre une couverture de base des soins prénatals et

d'accouchement pour 50 % des femmes, il faut seulement 0,41 USD par habitant en Asie du Sud et 0,60 USD par habitant en Afrique sub-saharienne. Pourtant, le financement pour les services de soins prénatals et d'accouchement est inadéquat. Les progrès dépendent d'une série complexe de facteurs, y compris la résolution de problèmes de ressources humaines (la fuite des cerveaux), des systèmes de référence auprès de spécialistes efficaces, l'extension de l'accès à des services aux groupes les plus pauvres, la surveillance améliorée et des recherches supplémentaires.

* L'AVCI (année de vie corrigée de l'incapacité) est une mesure composite qui combine le nombre d'années de vie sans incapacité et le nombre d'années perdues à cause d'une mort prématurée.

Références

Wendy L. Graham, John Cairns, Sohinee Bhattacharya, Colin H.W. Bullough, Zahidul Quayyum, et Khama Rogo. 2006. « Maternal and Perinatal Conditions » dans *Disease Control Priorities in Development Countries*, 2^{de} éd. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, et P. Musgrove, 591-603. New York : Oxford University Press.

Estimations de mortalité maternelle par région, 2000-2001

Région	Ratio de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), 2000	Nombre de décès maternels selon le modèle de l'OMS, 2000	Risque durant la vie de décès maternel (1 dans le nombre indiqué)
Europe centrale et l'Est, CEI, États Baltiques, Europe et Asie centrale	64	3400	770
Asie orientale et Pacifique	110	37000	360
Afrique de l'Est et australe	980	123000	15
Amérique Latine et Caraïbes	190	22000	160
Moyen-Orient et Afrique du Nord	220	21000	100
Asie du Sud	560	205000	43
Afrique sub-saharienne	940	240000	16
Afrique de l'Ouest et centrale	900	118000	16
Pays à fort revenu	13	1300	4000
Pays à revenu faible ou moyen	440	527000	61
Pays à faible revenu	890	236000	17
Monde	400	529000	74

Source : Graham, W. L., J. Cairns, S. Bhattacharya, C. H.W. Bullough, Z. Quayyum, et K. Rogo. 2006. « Maternal and Perinatal Conditions » dans *Disease Control Priorities in Development Countries*, 2^{de} éd. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, et P. Musgrove, 591-603. New York : Oxford University Press.

Note : ces régions sont celles utilisées par l'UNICEF.