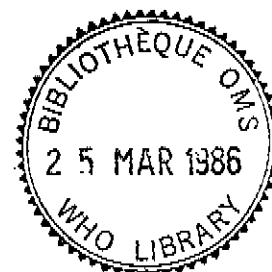




PREVENTION DE LA MORTALITE MATERNELLE

Rapport d'une réunion interrégionale OMS
Genève, 11-15 novembre 1985

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION	2
2. ETENDUE DU PROBLEME	3
2.1 Généralités	3
2.2 Taux de mortalité maternelle nationaux et locaux	3
2.3 Taux de mortalité maternelle hospitaliers	3
2.4 Le problème de la sous-notification	4
3. LES CAUSES DE LA MORTALITE MATERNELLE	5
3.1 Généralités	5
3.2 Facteurs médicaux	5
3.3 Facteurs liés aux services de santé	6
3.4 Facteurs liés à la reproduction	7
3.5 Facteurs socio-économiques	8
4. MESURES RECOMMANDEES	8
4.1 Politiques	9
4.2 Programmes	9
4.3 Formation	11
4.4 Recherche	11
5. CONCLUSION	12
ANNEXE 1 Références	15
ANNEXE 2 Liste des participants	17
ANNEXE 3 Ordre du jour annoté	20

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

1. INTRODUCTION

Chacun sait que la mortalité maternelle est difficile à mesurer et à surveiller. Dans les pays où les taux de mortalité sont les plus élevés, la plupart des décès maternels ne sont même pas enregistrés. Aussi le problème de la mortalité maternelle n'a-t-il pas reçu l'attention qu'il mérite. On a longtemps sous-estimé l'ampleur du phénomène et négligé les raisons de ces décès. Depuis une dizaine d'années cependant, on s'est aperçu que les taux de mortalité maternelle dans les pays en développement, qui peuvent être jusqu'à 200 fois supérieurs à ceux des pays industrialisés, constituent l'une des plus importantes inégalités en matière de santé entre riches et pauvres, selon qu'il existe ou pas des services de santé maternelle et de planification familiale et selon la qualité de ces services. On sait maintenant qu'au moins 500 000 femmes meurent chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. La grande majorité de ces décès surviennent dans des pays en développement. Ainsi, on enregistre davantage de décès maternels en Inde en une semaine que dans toute l'Europe en une année. La plupart des décès pourraient être évités au moyen de la technologie existante.

A mesure que les problèmes se dessinaient et que certaines interventions visant à réduire la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants commençaient à produire leurs fruits, l'OMS a commencé à se préoccuper davantage des problèmes de prévention de la mortalité maternelle. La Conférence internationale sur la Population qui s'est tenue à Mexico en août 1984 a également reflété cette inquiétude face à des taux de mortalité maternelle tout à fait inacceptables. Ainsi, la recommandation 18 invite instamment les gouvernements à "réduire la morbidité et la mortalité maternelles, à fournir des soins prénatals et périnatals, en prêtant une attention spéciale aux grossesses à risque élevé et à veiller à ce que l'accouchement se déroule sous la surveillance d'un personnel formé". La Conférence mondiale chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la Décennie des Nations Unies pour la Femme, qui s'est tenue à Nairobi en juillet 1985, a recommandé aux gouvernements et aux organisations non gouvernementales, y compris les organisations professionnelles, de faire de la réduction de la mortalité maternelle à un niveau minimum d'ici l'an 2000 un objectif clé.

L'OMS a depuis de nombreuses années, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), intensifié ses activités dans ce domaine. Ainsi, à l'échelon national, des efforts croissants ont été déployés pour collaborer avec les pays à la formation des accoucheuses traditionnelles. A l'échelon national et interpays, l'approche en fonction du risque est un instrument prometteur qui permet d'accorder la priorité à ceux qui en ont le plus besoin. L'OMS collabore également avec les pays à des études visant à mesurer et à analyser les causes de la mortalité maternelle et à recenser les besoins non satisfaits en matière de santé maternelle et de planification familiale. Les résultats de la première de ces études ont été présentés à la réunion.

C'est dans le cadre du projet mondial OMS de recherche et de développement en santé maternelle et en planification familiale financé par le FNUAP que l'OMS a convoqué, en novembre 1985 à Genève, cette réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle, rassemblant 41 professionnels de la santé, chercheurs et responsables politiques de 26 pays et institutions. Les objectifs de la réunion étaient les suivants :

1. promouvoir une meilleure prise de conscience de l'ampleur du problème et diffuser des informations à ce sujet;
2. mieux définir la nature du problème et analyser les causes de la mortalité maternelle à différents stades;
3. passer en revue les données d'expérience en matière de prévention de la mortalité maternelle et examiner les incidences de ces données du point de vue de la technologie appropriée et des besoins de formation et de recherche;
4. tirer les conclusions qui s'imposent des trois premiers objectifs quant à la façon d'organiser et d'assurer plus efficacement les soins de maternité et les services de planification familiale aux niveaux tertiaire, secondaire et primaire des soins de santé;
5. définir des approches pratiques pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans le cadre de la stratégie OMS de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (SPT/2000).

2. ETENDUE DU PROBLEME

2.1 Généralités

Au cours de la réunion, 24 documents de travail ont été présentés (voir références). Chacun montre à sa façon l'immensité du problème et la nécessité d'une action d'urgence, mais l'illustration la plus succincte a sans doute été l'intervention du Dr Malcolm Potts :

"Chaque jour, toutes les quatre heures, un jumbo jet s'écrase et toutes les personnes à bord sont tuées. Les 250 passagers sont des femmes dans la fleur de l'âge, certaines ont moins de 20 ans. Elles sont enceintes ou viennent juste d'accoucher. La plupart ont déjà des enfants et une famille qui a besoin d'elles."

Cet effrayant scénario souligne à la fois l'ampleur du problème et la mesure dans laquelle il a été négligé jusqu'à présent. Si les 500 000 décès maternels qui, selon les estimations, se produisent chaque année, survenaient de façon aussi concentrée et aussi visible, la communauté internationale s'indignerait. Mais les décès maternels surviennent avec régularité, surtout dans les pays pauvres, chez des femmes pauvres et souvent dans de petits villages. Ils ne font pas la une des journaux mais laissent des orphelins, des familles en deuil et des agents de santé frustrés de ne pas être capables d'éviter que de tels décès ne se reproduisent.

2.2 Taux de mortalité maternelle nationaux et locaux

De nombreux participants ont fourni des données relatives aux taux de mortalité maternelle (TMM), aux niveaux national et local. Les résultats de leurs études figurent au tableau 1.

Dans l'ensemble, le tableau 1 fait apparaître un point très important. La mortalité maternelle dans les pays en développement est très élevée. A l'exception de Cuba, du Portugal et de Shanghai, toutes les études révèlent des taux de mortalité maternelle supérieurs à 50, et les taux supérieurs à 500 ne sont pas rares. Cela signifie que chaque fois qu'elles sont enceintes, les femmes qui habitent les zones rurales du Bangladesh, par exemple, courent un risque au moins 55 fois plus élevé que les Portugaises et 400 fois plus élevé que les femmes des pays scandinaves.

Il ressort également de ce tableau que les études nationales de la mortalité maternelle dans les pays en développement sont rares. La raison essentielle en est que peu de pays en développement tiennent des registres des naissances et des décès et que les études spéciales à l'échelon national sont difficiles à réaliser et coûteuses.

D'autre part, les études réalisées au niveau local fournissent une quantité d'informations importantes. Dans certains cas, ces études permettent d'obtenir les seules données disponibles sur les décès maternels dans un pays, mises à part les estimations officielles (qui sont notoirement basses, comme nous le montrerons ci-après).

Comme on le voit au tableau 1, les TMM notifiés varient considérablement. Cette variation s'explique en partie par la conception des études mais, d'une façon générale, les tendances qui se dégagent correspondent à ce que l'on prévoyait. Dans les pays où les taux de mortalité brute sont très élevés (Bangladesh, Ethiopie et Inde, par exemple), les taux de mortalité maternelle sont plus élevés que dans les pays où les taux de mortalité brute sont plus faibles (Chine, Colombie, Cuba, Malaisie, Portugal et Turquie, par exemple). Les différences à l'intérieur d'un même pays reflètent d'autres tendances en matière de mortalité. Ainsi, les taux de mortalité maternelle sont moins élevés dans les zones urbaines, où les services de santé sont plus accessibles, que dans les zones rurales (Chine et Inde, par exemple). De même, le TMM notifié pour une région du nord de l'Egypte est moins élevé (190) que pour une région du sud du pays (300), moins développée.

2.3 Taux de mortalité maternelle hospitalier

Le TMM hospitalier est égal au nombre des décès maternels survenus dans un hôpital divisé par le nombre des naissances vivantes enregistrées dans le même établissement au cours de la

même période. Ce taux n'est pas un bon indicateur du risque de mortalité maternelle dans la population car dans les pays en développement la plupart des naissances n'ont pas lieu à l'hôpital. D'autre part, les femmes qui présentent des complications graves de l'accouchement seront vraisemblablement hospitalisées. Aussi les TMM hospitaliers dans les pays en développement sont donc parfois beaucoup plus élevés que dans la population.

Il n'en reste pas moins que les études hospitalières contiennent des informations précieuses. Avant tout, elles sont une source d'informations majeure en ce qui concerne les causes médicales de décès (voir section 3.2 ci-après). Deuxièmement, elles nous renseignent sur le fonctionnement du système médical dans son ensemble. Au cours de la réunion, les taux de mortalité maternelle hospitaliers suivants ont été signalés : Népal : 398 pour 100 000 naissances vivantes; Nigéria : 1050; Pakistan : 170; Soudan : 305; et Viet Nam : 576.¹ Chacune de ces études révèle que sur 1000 femmes qui ont accouché d'un enfant vivant à l'hôpital, une au moins est morte. Au Nigéria, la proportion est supérieure à 1 pour 100. Ces chiffres montrent que quelque chose ne va pas, car la plupart de ces femmes pourraient être sauvées par des soins médicaux rapides et appropriés. On a généralement affaire à une association de facteurs. Par exemple, la femme arrive à l'hôpital dans un état extrêmement grave, on manque de fournitures, et la qualité des soins médicaux laisse à désirer. Ces questions sont débattues à la section 3.

2.4 Le problème de la sous-notification

Bien que les taux de mortalité maternelle qui figurent au tableau 1 soient déjà inquiétants, ils sont encore pour la plupart sous-estimés. En effet, l'expérience acquise à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement montre que la mortalité maternelle est pratiquement toujours sous-notifiée.

Dans les pays industrialisés, presque tous les décès sont portés à l'attention des autorités civiles et médicales. Et pourtant, les décès maternels y sont également considérablement sous-notifiés car le certificat de décès ne porte pas toujours mention du fait que la femme était enceinte peu avant de mourir. Une étude récente effectuée dans l'Etat de Washington, aux Etats-Unis, a révélé que les décès maternels étaient sous-notifiés dans une proportion de 100 pour cent (30).

Nombre d'études présentées à la réunion montrent que les statistiques officielles ne sont pas correctes. A la Jamaïque, le TMM officiel est de 48 mais une étude nationale a fait état d'un taux de 102. En Egypte, deux études distinctes ont révélé des taux de mortalité maternelle équivalant au moins à deux fois le taux officiel de 90 (1,11). En Colombie, en Inde, à la Jamaïque et au Soudan, les chercheurs ont tous mis en lumière une sous-notification importante en comparant les certificats de décès et les registres hospitaliers (22,5,23,4).

Une autre raison de la sous-notification des décès maternels dans les pays en développement tient au fait que beaucoup de décès surviennent ailleurs qu'à l'hôpital. Il ressort d'une étude hospitalière effectuée au Soudan, par exemple, que "le nombre de cas enregistrés est certainement inférieur au nombre réel, car tous les cas n'ont pas été notifiés et certaines femmes arrivées au service de consultation externe sur le point de mourir ou déjà mortes n'ont pas été comptabilisées, leur famille les ayant immédiatement ramenées" (14, p. 7).

Les données concernant l'Egypte, l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie et la Turquie montrent qu'une forte proportion de décès maternels ont lieu soit à domicile, soit au cours du transport à l'hôpital (11,5,2,8). Ces proportions vont de 24 % en Turquie à 82 % en Inde rurale (5). Au Bangladesh, le personnel hospitalier n'avait eu connaissance que de 4 % des décès maternels recensés par les chercheurs (21).

¹ Des exemples tirés des études présentées à la réunion seront cités tout au long du rapport. La liste de ces études figure à l'annexe 1. Pour éviter les répétitions, les références ne figurent dans le texte que dans les cas où il s'agit de distinguer des études effectuées dans le même pays.

En général, les études présentées ont montré que plus les sources de données utilisées étaient nombreuses, plus les décès maternels découverts étaient nombreux. En Inde, on s'est aperçu que même les écoliers pouvaient être une source d'information très précieuse sur des décès qui, sans eux, auraient pu passer inaperçus.

3. LES CAUSES DE LA MORTALITE MATERNELLE

3.1 Généralités

Dans son discours d'ouverture de la réunion, le Dr Fathalla a souligné que les causes de la mortalité maternelle étaient complexes. Il a décrit le cas de Mme X :

Mme X est morte à l'hôpital pendant le travail. Le médecin de garde a certifié que le décès était imputable à une hémorragie due à un placenta praevia. L'obstétricien consultant a déclaré que l'hémorragie n'aurait peut-être pas été fatale si la patiente n'avait pas souffert d'une anémie due à une infection parasitaire et à la malnutrition. Il est également inquiétant de voir que Mme X n'a reçu que 500 ml de sang total et qu'elle est morte sur la table d'opération alors qu'un interne était en train de pratiquer une césarienne. L'administrateur de l'hôpital a noté que lorsque Mme X était arrivée à l'hôpital, il y avait déjà quatre heures que l'hémorragie avait commencé et qu'elle avait eu à plusieurs reprises des saignements pendant le dernier mois, pour lesquels elle n'avait pas consulté. Le sociologue a observé que Mme X était âgée de 39 ans, qu'elle avait déjà eu sept grossesses et qu'elle avait cinq enfants vivants. Elle n'avait jamais utilisé de contraceptifs et sa dernière grossesse n'était pas désirée. En outre, elle venait d'une zone rurale pauvre et était analphabète.

Pourquoi Mme X est-elle morte ? Le Dr Fathalla a souligné qu'à plusieurs stades, Mme X aurait pu être sauvée. Si l'on veut déterminer à quels stades concevoir et mettre en oeuvre des programmes efficaces, il faut bien comprendre les différents types de causes responsables de la mortalité maternelle.

3.2 Facteurs médicaux

Les modes de classification des causes médicales de décès varient considérablement. Par exemple, un décès à la suite d'une rupture de l'utérus et d'une hémorragie peut être classé soit sous "hémorragie", soit sous "rupture de l'utérus". Néanmoins, les causes finales de décès maternels - celles qui sont diagnostiquées et enregistrées par le personnel médical - sont étonnamment semblables partout dans le monde en développement.

Les décès maternels, c'est-à-dire les décès de femmes pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la terminaison, sont généralement classés en trois catégories : décès par cause obstétricale directe, décès par cause obstétricale indirecte et décès sans rapport avec la grossesse. Les décès par cause obstétricale directe sont ceux qui résultent de complications de la grossesse, de l'accouchement ou de leur prise en charge. Les décès par cause obstétricale indirecte résultent de l'aggravation d'une affection préexistante (hépatite ou cardiopathie, par exemple) du fait de la grossesse ou de l'accouchement.

Dans les pays en développement, la plupart des décès maternels sont des décès par cause obstétricale directe et les principales causes de décès sont les hémorragies, les infections et la toxémie (ou "hypertension provoquée par la grossesse"). Les études présentées à la réunion ont largement confirmé ces généralisations. Les décès directs constituent de 50 à 98 % de l'ensemble des décès maternels, la médiane étant de 75 %. Les hémorragies, les infections et la toxémie sont responsables à elles seules d'au moins la moitié des décès maternels dans 11 des 13 pays qui ont fourni ce type d'informations (1,2,4,5,6,8,11,16,17,19,20,23).

Dans certaines études, une autre cause figure parmi les trois principales causes de mortalité. Le plus souvent, il s'agit de l'avortement illégal (Colombie, Cuba, Ethiopie et Pérou). Dans deux cas - la Turquie et Shanghai-ville - l'embolie a été citée comme l'une des trois principales causes de décès. Dans un cas comme dans l'autre, les taux de mortalité maternelle

sont relativement faibles et les données indiquent que les décès dus à des infections ont été réduits. La rupture de l'utérus (Egypte), l'hépatite (Soudan), l'anémie (Tanzanie) et la dystocie (Népal) ont été citées une fois chacune au nombre des trois principales causes de décès maternels.

Dans l'ensemble, il ressort de ces études que les principales causes médicales de décès maternels dans les pays en développement sont désormais connues mais qu'elles sont généralement diagnostiquées trop tard, à un moment où le décès est inévitable.

3.3 Facteurs liés aux services de santé

Les débats qui ont eu lieu à cette réunion au sujet des décès maternels évitables ont montré que les facteurs médicaux n'étaient pas seuls en cause. Dans neuf pays, les dossiers médicaux des femmes décédées ont été analysés afin de déterminer quels facteurs avaient contribué aux décès. Les chercheurs ont estimé que 63 à 80 % des décès maternels directs et 88 à 98 % de l'ensemble des décès maternels auraient probablement pu être évités si les femmes avaient été convenablement prises en charge. Dans un certain nombre de cas, les chercheurs ont bien précisé qu'ils avaient apprécié le caractère évitable des décès non pas en fonction du niveau des soins qui peuvent être dispensés dans des conditions optimales mais en fonction du niveau de soins que l'on aurait pu s'attendre à trouver dans le pays à ce moment-là. Ainsi, en Turquie, on a estimé que 51 % des décès maternels auraient pu être évités compte tenu du système de santé existant et que 24 % de plus auraient pu être évités si le système de santé avait été meilleur. Dans la plupart des cas, les chercheurs ont recensé plus d'un facteur évitable ayant contribué à chaque décès.

Le traitement médical incorrect des complications est souvent un facteur important. Une erreur ou une omission de la part du personnel médical a été signalée dans 11 % des cas de décès maternels en Colombie, dans 47 % des cas en Inde, 36 % en Tanzanie et 37 % au Viet Nam (22,20,18,14).

La pénurie de fournitures essentielles et de personnel qualifié dans les établissements médicaux a souvent été citée comme facteur de mortalité maternelle (Inde, Sénégal, Soudan et Viet Nam). En Tanzanie, le manque de sang pour les transfusions et la pénurie de médicaments et de matériel ont été invoqués dans plus de la moitié des cas. A la Jamaïque, sur 18 décès survenus à l'hôpital des suites d'hémorragies, six ont eu lieu dans des hôpitaux dotés d'une banque de sang.

Le manque d'accès aux services de maternité est également un facteur de mortalité considérable. Les études effectuées à Cuba, en Egypte, en Indonésie, à la Jamaïque, en Tanzanie et en Turquie ont montré que les taux de mortalité maternelle sont plus élevés dans les régions où l'accès à l'hôpital est difficile. Il s'ensuit que les femmes qui habitent ces régions risquent davantage d'arriver à l'hôpital (lorsqu'elles y arrivent) dans un état grave. Au Népal, par exemple, 32 % des femmes mortes à l'hôpital sont arrivées dans un état très grave et 17 % y sont arrivées inconscientes. Au Sénégal, parmi les femmes admises en salle d'urgence à l'hôpital, sur 9 femmes habitant en ville, on a enregistré 4 décès, alors que sur 96 femmes venant de zones éloignées, on a enregistré 91 décès.

L'absence de soins prénatals a souvent été citée comme facteur aggravant. En général, les risques de décès sont supérieurs pour les femmes qui n'ont pas reçu de soins prénatals. Ainsi, au Portugal, plus de la moitié des femmes décédées n'avaient pas reçu de soins prénatals, alors que les deux tiers des femmes en reçoivent. Au Nigéria, on a observé que dans tous les groupes d'âge et de parité, les taux de mortalité maternelle étaient considérablement inférieurs chez les femmes qui avaient reçu des soins prénatals, bien que "les risques liés à la grossesse chez les adolescentes et chez les femmes ayant eu de nombreux enfants soient encore évidents" (12, p. 3).

Il ressort cependant des données présentées par plusieurs chercheurs que la recherche sur le rôle des soins prénatals doit être approfondie. Ainsi, au Viet Nam, "très peu de facteurs de risque ont été décelés lors des visites prénatales ..." (14, p. 10). En outre, l'étude communautaire de la mortalité maternelle à Addis-Abeba illustre le principe selon lequel "les soins prénatals et le dépistage des grossesses à haut risque ne sont pas une fin en soi" (16, p. 14).

Les trois femmes comptabilisées dans l'étude effectuée en Ethiopie qui sont mortes d'une hémorragie avaient reçu des soins prénatals mais avaient accouché à domicile. C'est pourquoi il faut convaincre les femmes de l'utilité de l'orientation/recours et c'est pourquoi avant tout les services doivent être accessibles.

Un autre problème posé par l'interprétation des données relatives aux soins prénatals tient au fait que plus les femmes sont instruites et aisées, plus elles ont de chances de recevoir des soins prénatals (4). Au Népal, 34 % seulement des femmes analphabètes reçoivent des soins prénatals contre 91 % des femmes qui ont fait des études secondaires. Aussi est-il difficile de distinguer les effets bien connus de la pauvreté sur la santé maternelle de ceux des soins prénatals.

3.4 Facteurs liés à la reproduction

On sait depuis des décennies que certains groupes de femmes - les très jeunes femmes, les femmes de 35 ans ou plus et celles qui ont déjà quatre enfants ou plus - sont exposées à un risque particulièrement élevé au cours de leur grossesse et de l'accouchement. De nombreuses études présentées à la réunion ont confirmé ce que l'on savait déjà.

Age de la mère : Huit pays (Bangladesh, Cuba, Egypte, Ethiopie, Indonésie, Jamaïque, Portugal et Viet Nam) ont présenté des données faisant état de TMM plus élevés chez les femmes de 35 ans ou plus. Six études contiennent des données qui permettent d'établir la comparaison suivante : le risque que courent les femmes de 35 à 39 ans par rapport aux femmes de 20 à 24 ans de mourir pour une grossesse donnée est de 85 à 461 % supérieur (risque relatif : 1,83-5,61). Une étude cas-témoins effectuée en Tanzanie n'a cependant pas révélé la disproportion que l'on attendait.

Les mêmes études font aussi état d'une mortalité excessive parmi les femmes de moins de 20 ans, sauf à Cuba. Les risques de mortalité accrus sont particulièrement prononcés en Ethiopie, en Indonésie et au Portugal. Là encore, l'étude effectuée en Tanzanie n'a pas fait apparaître de différences de mortalité selon l'âge.

Parité : Bien qu'il soit plus difficile d'obtenir des données relatives à la parité que des informations sur l'âge, plusieurs études ont confirmé également un risque accru de décès en cas de parité élevée. A la Jamaïque, les femmes ayant déjà quatre à huit enfants courent un risque 43 % plus élevé par rapport aux femmes dont ce n'est que la deuxième grossesse. Au Portugal, les femmes dont c'est la cinquième grossesse courent un risque trois fois plus grand que celles dont c'est la seconde, et les femmes qui en sont à leur sixième grossesse ou plus courent un risque encore plus grand.

L'intérêt de ces données est de montrer que l'utilisation de la planification familiale pourrait éviter un grand nombre de décès de femmes dont l'âge ou la parité sont un facteur de risque.

Grossesses non désirées : Il est évident, au vu des taux généralement élevés de mortalité maternelle dans les pays pauvres, que l'impact de la planification familiale serait important si les grossesses non désirées pouvaient être évitées quel que soit l'âge ou le nombre d'enfants de la mère. Ce point est illustré par les données provenant du Gouvernorat de Menoufia en Egypte et de l'île de Bali en Indonésie (11). Lorsque l'on a effectué des études similaires dans ces deux endroits, une différence frappante est apparue dans les taux de mortalité maternelle : à Bali, on comptait 718 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 190 à Menoufia (soit 278 % de plus). Mais si l'on exprimait le risque lié à la maternité d'une autre façon, c'est-à-dire en nombre de décès maternels pour 100 000 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, cette différence était considérablement réduite. A Bali, en effet, on comptait 69 décès pour 100 000 femmes, contre 45 à Menoufia, soit 53 % seulement de plus. Ce paradoxe apparent s'explique par le fait que les taux de fécondité à Bali sont beaucoup plus bas qu'à Menoufia, ce qui est dû en grande partie à l'utilisation de la planification familiale.

L'avortement provoqué illégal est l'un des principaux facteurs de mortalité pour les femmes, comme l'ont largement démontré les études présentées à la réunion. Il est responsable

de 7 à 50 % des décès maternels, la médiane se situant à 15 %. Ces pourcentages sont déjà élevés et pourtant beaucoup sont probablement au-dessous de la réalité. En effet, les femmes qui ont recours à l'avortement illégal ne font pas volontiers appel aux services médicaux officiels. En Ethiopie, par exemple, 4 des 6 femmes décédées pendant leur transport à l'hôpital avaient eu recours à un avortement illégal. La réticence des femmes à se faire soigner ou l'impossibilité où elles se trouvent de se faire soigner font que les décès dus à l'avortement sont considérablement sous-notifiés. En Inde, 11 % des décès survenus à l'hôpital étaient dus à un avortement, contre 17 % des décès survenus à domicile dans les zones rurales (5).

Etant donné que les femmes n'ont recours à l'avortement provoqué qu'en cas de grossesse non désirée, la planification familiale permettrait de réduire considérablement le nombre de décès imputables à cette cause.

Enfin, les grossesses non désirées contribuent également à la mortalité maternelle d'une façon qui n'est pas encore bien comprise. Il ressort de l'étude effectuée en Ethiopie que les femmes qui ont eu une grossesse non désirée sont moins nombreuses que les autres à se rendre aux consultations prénatales. En outre, 2 décès de femmes enceintes par empoisonnement ont été attribués à des grossesses non désirées.

3.5 Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques jouent sans doute un rôle important dans la mortalité maternelle bien que l'on ne sache pas très bien en quoi ou pourquoi. Ce que l'on sait, en revanche, c'est que la pauvreté est un facteur de risque élevé (21, p. 4). On sait également que les femmes défavorisées ont généralement moins d'instruction que les femmes des couches aisées de la population, qu'elles sont généralement en moins bonne santé et qu'elles sont moins nombreuses à recevoir des soins médicaux ou à y avoir recours. Parmi ces facteurs, quelles sont les causes et quels sont les effets ? Comment rompre ce cercle vicieux ? Les recherches doivent être poursuivies pour que l'on puisse répondre à ces questions.

Les questions posées ci-dessus s'appliquent également à des problèmes de santé autres que la mortalité maternelle, par exemple à la mortalité infantile. Mais un de ces aspects (le moins bien connu) a une importance particulière en matière de mortalité maternelle, c'est le statut de la femme.

"Les femmes sont un groupe socialement défavorisé dans beaucoup de sociétés encore aujourd'hui ... Le statut de la femme se répercute sur son état nutritionnel, son comportement reproducteur, l'utilisation des services de santé et l'exposition à des pratiques traditionnelles nocives" (10, p. 15). Les incidences du statut de la femme sont si diverses que "rien ne changera vraiment en ce qui concerne la mortalité maternelle tant que les attitudes à l'égard des femmes ne changeront pas et tant que les gens ne seront pas suffisamment motivés pour améliorer leurs conditions de vie" (13, p. 6).

4. MESURES RECOMMANDEES

Lors de la séance de clôture, le Dr Fathalla, qui présidait la réunion, a fait observer que les participants s'étaient prononcés en faveur d'une action nouvelle de grande envergure pour prévenir la mortalité maternelle dans les pays en développement. Comme pour toute nouvelle entreprise, trois questions se posent : Est-elle nécessaire ? Si oui, est-elle réalisable ? Si oui, comment ?

Les documents de travail présentés à la réunion et les débats en séance plénière ont montré qu'un tel effort était nécessaire depuis longtemps. Les participants s'accordent à penser que des progrès importants peuvent être accomplis. Reste à savoir alors par où commencer. Des mesures ont été recommandées aux différents échelons - politiques, programmes, formation et recherche - au cours des deux journées intensives consacrées aux groupes de travail, qui ont ensuite été débattues en séance plénière.

4.1 Politiques

Il faut décerner à la mortalité maternelle un rang de priorité élevé si l'on veut mener un effort concerté et efficace pour réduire le nombre de décès maternels dans les pays en développement. Comme dans tous les domaines d'action, il faut prendre des initiatives à différents niveaux, et d'abord sur le plan mondial et c'est à l'OMS qu'il incombe d'aider à définir la politique et de coordonner les activités et les ressources.

OMS : Il est vivement recommandé aux Etats Membres de l'OMS de faire figurer la mortalité maternelle parmi les indicateurs mondiaux de la santé pour tous d'ici l'an 2000. D'autre part, l'OMS doit contribuer à attirer l'attention des Etats Membres sur le risque de mortalité extrêmement élevé que courent les femmes appartenant à des groupes vulnérables en cas de grossesse (29).

Gouvernements : Si l'OMS est en mesure de diriger l'action sur le plan mondial pour réduire la mortalité maternelle, l'efficacité de cet effort dépend essentiellement des gouvernements. Pour commencer, ceux-ci doivent faire de la prévention de la mortalité maternelle un problème de santé prioritaire et passer en revue leurs politiques et leurs programmes dans cette optique. L'examen des politiques devra porter sur des questions telles que la suppression des obstacles à la planification familiale comme les taxes ou autres obstacles à l'importation de contraceptifs (29).

Associations professionnelles : Pour éviter un nombre considérable de décès maternels dans les pays pauvres, il faut mieux répartir les services et expérimenter et évaluer de nouveaux programmes. Cela ne pourra se faire que sous l'autorité incontestée des associations professionnelles (associations médicales, par exemple), tant sur le plan national qu'international (28).

4.2 Programmes

Il est évident, au vu des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles, que les programmes actuels ne sont pas adaptés et qu'une action novatrice déterminée est nécessaire (28). Les programmes doivent partir du principe que tous les services doivent être assurés au niveau le plus périphérique du système de soins de santé auquel ils peuvent l'être de façon efficace (28).

On devra s'inspirer, dans la conception des services, des résultats d'études telles que celles qui ont été présentées à cette réunion. Par exemple, dans de nombreux pays, la plupart des accouchements et de nombreux décès maternels ont lieu ailleurs qu'à l'hôpital. D'autre part, une proportion non négligeable des complications graves sont imprévisibles. Aussi, tout en s'efforçant d'améliorer les soins hospitaliers et de faire hospitaliser les femmes à haut risque aussitôt que possible, faut-il concevoir les services de façon à réduire la distance entre les femmes enceintes et les soins dont elles ont besoin.

Pour cela, on a le choix entre plusieurs approches. Pour les cas où les complications sont prévisibles, on peut créer des foyers pour femmes enceintes où celles-ci puissent venir passer leur dernière semaine de grossesse en attendant l'accouchement et où un personnel qualifié pourra soit procéder à l'accouchement s'il se présente normalement, soit les acheminer vers un établissement spécialisé si des complications se présentent. L'expérience acquise dans ce domaine en Colombie, au Chili, à Cuba, en Ouganda et au Malawi a montré que la formule était efficace sans être forcément coûteuse car la communauté peut fournir une grande partie de la main-d'oeuvre et des fournitures (28).

Toutefois, pour le grand nombre de cas où les complications ne sont pas prévisibles, des moyens plus efficaces de traitement doivent être mis en place au premier échelon de recours et des services obstétricaux de base créés (27,28). Point n'est besoin de construire de nouvelles installations. Les centres de santé conviendraient très bien pour les services de santé maternelle essentiels : accouchement avec ventouse, transfusion sanguine, anesthésie générale ou locale simple, césarienne, curetage aspiratif en cas d'avortement incomplet, pose de dispositifs intra-utérins, ligature des trompes et vasectomie (28).

Des approches prometteuses ont été proposées pour chaque cause de décès.

Hémorragie : L'hémorragie du postpartum est difficile à prévoir et l'on dispose souvent de très peu de temps ou de moyens pour transporter la femme à l'hôpital en vue d'une transfusion sanguine (28). Toute personne qualifiée que l'on considère capable de procéder à un accouchement devrait donc être formée pour faire face à cette complication parfois mortelle en utilisant des médicaments ocytotiques (qui contractent l'utérus et ses vaisseaux sanguins) et en extrayant le placenta à la main puis en administrant des antibiotiques à large spectre. En outre, l'usage de succédanés du plasma dans les centres de santé qui ne sont pas en mesure d'assurer les transfusions devrait être envisagé (28).

L'hémorragie antepartum peut être prévue dans certains cas (par exemple en cas de saignements lors du troisième trimestre et de placenta praevia). Dans ces cas-là, l'acheminement précoce de la patiente vers un établissement pouvant effectuer une transfusion sanguine et une césarienne est indispensable. Il reste que dans bien des cas l'hémorragie antepartum est imprévisible. Il importe donc de réduire la distance entre le lieu de l'accouchement et l'établissement où des soins d'urgence peuvent être dispensés (28). Outre l'amélioration des centres de santé périphériques, on accordera une attention particulière au rôle des transports. On s'efforcera de mettre tous types de véhicules publics à la disposition des patientes en cas d'urgence, plutôt que de compter sur les seuls véhicules des services de santé, trop peu nombreux (28).

Infections : Le nombre de décès dus à des infections peut être considérablement réduit (comme en Chine) par des mesures d'hygiène pendant l'accouchement. La fourniture de troussees complètes aux accoucheuses traditionnelles est un moyen d'encourager l'asepsie. En y ajoutant des antibiotiques à utiliser dans des cas de travail prolongé ou de rupture prématurée des membranes, on pourrait éviter de nombreux décès maternels dans les régions où les médecins ne sont pas très nombreux (28).

Toxémie : Seuls de bons soins médicaux et prénatals pourront éviter la majorité des décès par toxémie. Il faudrait néanmoins assurer au niveau des soins de santé primaires la distribution de sédatifs pour traiter la toxémie sévère (28).

Grossesses non désirées : Comme l'ont montré les études présentées à la réunion, les grossesses non désirées contribuent à la mortalité maternelle de plusieurs façons : nombre d'accouchements pour les femmes des groupes à haut risque et nombre de grossesses par femme. Mais l'impact le plus dramatique des grossesses non désirées sur la mortalité maternelle est lié à l'avortement provoqué illégal. Or dans ce cas, la prévention primaire peut faire beaucoup car ces grossesses sont, par définition, non désirées.

La planification familiale est la première ligne de défense contre l'avortement illégal et l'éducation concernant la façon d'éviter les grossesses non désirées devrait être dispensée dans les écoles, à tous les échelons du système de soins de santé et à l'occasion de tout contact avec des femmes enceintes ou venant d'accoucher (28,29). On devra veiller tout particulièrement à conseiller les femmes traitées pour des complications de l'avortement afin d'éviter la répétition de cet acte (29). D'autre part, quelles que soient les indications de l'avortement légal dans un pays (qui sont généralement fixées), l'avortement devrait être accessible à toutes les femmes, et non pas seulement aux femmes aisées des zones urbaines (28).

Dystocie : Alors que certains groupes de femmes sont particulièrement exposées à une dystocie (par exemple, les femmes de petite taille, les primipares et les femmes qui ont déjà eu cinq enfants et plus), cette complication n'est pas toujours prévisible. Aussi l'accès à des services d'urgence est-il là encore indispensable. Pour ces cas, il faudrait former les accoucheuses traditionnelles à aiguiller rapidement les femmes dont le travail ne progresse pas de façon satisfaisante vers un établissement où elles puissent recevoir des soins médicaux tels qu'une césarienne (28).

Anémie : L'anémie est souvent l'un des principaux facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle. Suivant la cause de l'anémie dans une région particulière, des compléments de fer et d'acide folique, un traitement ou une prophylaxie antipaludique et un traitement contre l'ankylostomiase et contre la schistosomiase doivent être dispensés aux femmes enceintes à l'échelon des soins de santé primaires (28).

Tétanos : Outre qu'il tue un grand nombre de nouveau-nés, le tétanos est une cause courante de mortalité maternelle dans certaines régions (Bangladesh, Inde, Indonésie). L'administration d'anatoxine tétanique à toutes les femmes, et en particulier aux femmes enceintes, doit être une priorité (27).

4.3 Formation

La clé de la réussite d'un programme est la façon dont il est mis en oeuvre, et en cela la formation intervient pour une grande part. Une formation est nécessaire notamment dans les domaines suivants :

Accoucheuses traditionnelles : Les accoucheuses traditionnelles sont souvent les premiers (et parfois les seuls) agents de santé en contact avec les femmes enceintes dans les pays pauvres. Il est donc essentiel qu'elles soient aussi efficaces que possible. Outre une bonne formation, un encadrement et un appui sont des facteurs importants pour l'efficacité des accoucheuses traditionnelles (comme pour d'autres personnels de santé).

L'un des principaux rôles des accoucheuses traditionnelles devrait être l'aiguillage des femmes enceintes vers les établissements de recours (en supposant qu'il en existe). La formation des accoucheuses traditionnelles devrait viser notamment à leur apprendre à reconnaître les facteurs de risque (âge, parité, antécédents obstétricaux défavorables, saignements pendant la grossesse), à dépister l'anémie, à reconnaître l'infection, un travail prolongé ou des pertes de sang excessives et à savoir orienter les femmes vers les services effectuant des avortements légaux (27).

Les accoucheuses traditionnelles doivent également être formées et recevoir les fournitures nécessaires pour pouvoir prévenir ou traiter les complications chaque fois que possible. Parmi les mesures préventives figurent l'utilisation de techniques antiseptiques lors de l'accouchement et l'administration de médicaments destinés à réduire l'anémie ainsi que la fourniture de contraceptifs (27,29). En matière de traitement, elles doivent être capables de dispenser les premiers soins en cas d'hémorragie (compression, élévation des membres et administration de médicaments ocytotiques) et d'extraire correctement le placenta en cas de rétention (27).

Les centres de santé : Si l'on veut que les centres de santé remplissent leur rôle en matière de prévention de la mortalité maternelle, il faut former le personnel et doter ces centres de fournitures. La formation devrait viser notamment à permettre de reconnaître les anomalies de la pression sanguine et l'anémie, à savoir utiliser les antibiotiques, les compléments de fer administrés par voie intramusculaire et des médicaments ocytotiques, ainsi que les succédanés du plasma, et à réparer les déchirures (27). Dans les régions où il n'y a pas de médecin pour pratiquer une opération césarienne lorsque la vie de la patiente est en danger, on devra envisager la possibilité de former des sages-femmes compétentes (27).

Hôpitaux de recours : Comme l'ont montré des études relatives aux décès évitables, le personnel hospitalier doit être mieux formé au traitement des complications graves. Par exemple, il a été suggéré que des équipes spéciales de personnel de santé soient créées pour les cas d'hémorragie et d'éclampsie. Le personnel hospitalier doit pouvoir disposer de banques de sang et savoir traiter des problèmes aussi graves qu'une rupture de l'utérus (27).

4.4 Recherche

Trois grands types de recherche ont été abordés : la recherche sur la technologie appropriée pour prévenir la mortalité maternelle, la recherche sur les systèmes de santé et sur les programmes novateurs et la recherche épidémiologique sur l'incidence et l'étiologie des décès maternels.

Recherche en matière de technologie appropriée : un grand nombre de propositions ont été faites à cet égard, notamment : méthodes simples et peu coûteuses de dépistage et de mesure de l'anémie; équipement des ventouses obstétricales de tuyaux à vide longue durée, succédanés du plasma utilisables dans les centres de santé et révision du contenu des troussees distribuées aux accoucheuses traditionnelles (27).

Recherche sur les services de santé : il est indispensable d'évaluer les systèmes de prestation de services, notamment les plus récents, si l'on veut utiliser efficacement des ressources limitées. Les domaines prometteurs de la recherche sur les services de santé sont les suivants : le traitement approprié de l'anémie, notamment à l'aide de préparations nouvelles à base de fer; l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques en cas de travail prolongé; le rôle des maternités de village et la délégation des fonctions obstétricales de base au niveau le plus périphérique (voir section 4.2 ci-dessus) (28).

Recherche épidémiologique : il est important d'effectuer des recherches plus approfondies sur les taux de mortalité et de morbidité maternelles et sur leurs causes afin d'élaborer une politique et de concevoir des programmes en conséquence. Il a été recommandé à tous les Etats Membres de l'OMS de fournir, au plus tard en 1985, des estimations fiables de leurs taux de mortalité maternelle. D'ici 1995 également, les Etats Membres devront avoir entrepris des recherches sur les principales causes de mortalité maternelle (26).

Quatre types de données sur la mortalité maternelle doivent être recherchés. Premièrement le nombre de décès. Comme l'ont montré des études présentées à la réunion, cette information n'est pas facile à obtenir. Néanmoins, des dénombrements même incomplets peuvent toujours être utiles pour élaborer une politique, par exemple, lorsqu'un petit pays en développement compte davantage de décès maternels en une année qu'un très grand pays développé (26).

Deuxièmement, les pays doivent recueillir des informations sur les taux de mortalité maternelle. Comme on l'a vu ci-dessus, les études hospitalières ne sont pas une bonne méthode pour déterminer les taux de mortalité maternelle dans les pays en développement (26).

Le troisième type d'informations que les pays doivent rassembler concerne les caractéristiques des femmes décédées (26). Il est en effet intéressant de comparer ces données aux données relatives aux femmes restées en vie. Les études cas-témoins sont un moyen relativement peu coûteux d'effectuer cette comparaison (voir par exemple références 14 et 18).

La quatrième information requise a trait aux causes des décès maternels : causes cliniques, causes liées aux services de santé, causes liées à la reproduction et facteurs socio-économiques. La priorité doit être accordée à la recherche sur les facteurs de risques dont la suppression est le plus susceptible d'améliorer la fourniture et l'utilisation des services de santé (26).

Il a été recommandé à l'OMS de préparer un document qui décrive les méthodologies de la recherche permettant d'obtenir ce type de données et les conditions dans lesquelles chaque méthode se révèle le plus utile (voir tableau 2). Le cas échéant, l'OMS devrait mettre au point de nouvelles méthodes peu coûteuses de recherche en santé maternelle. L'OMS devrait également dispenser des cours de formation ayant trait à la conception des études (26).

Enfin, il est recommandé aux pays de commencer à recueillir des données sur la morbidité maternelle. La plupart des pays n'ont aucune idée de l'ampleur du problème mais l'on peut supposer qu'il est important. Par exemple, une étude effectuée en Inde a révélé que pour chaque décès maternel, 18 femmes survivaient mais présentaient des complications graves (et parfois des séquelles permanentes). Un effort doit être entrepris pour tirer parti des possibilités existantes, comme les enquêtes sur la prévalence de la contraception pour recueillir des données de morbidité (26,5).

CONCLUSION

Dans son discours de clôture, le Dr Angèle Petros-Barvazian, Directeur de la Division de la Santé de la Famille, a déclaré que la réunion devait être considérée comme "la fin de la première étape". Les mesures recommandées doivent maintenant être mises à exécution par l'OMS, comprise dans son sens le plus large, c'est-à-dire non seulement par le Secrétariat mais par les bureaux régionaux, les Etats Membres et les organisations professionnelles et non gouvernementales. Seul un engagement de toutes les parties concernées pourra permettre de réduire la mortalité maternelle.

TABLEAU 1. TAUX DE MORTALITE MATERNELLE*
RESULTATS DES ETUDES PRESENTEES

Continent/pays	Taux de mortalité maternelle		Lieu	Références
	National	Local		
AFRIQUE				
Egypte		190	Nord de l'Egypte	11
		300	Sud de l'Egypte	1
Ethiopie		566	Addis-Abeba	16
Tanzanie		370	Quatre régions	18
ASIE				
Bangladesh		566	Zone rurale	3
		833	Zone rurale	3
Chine		13	Shanghai ville	6
		22	Shanghai campagne	6
Inde		545	Anantapur ville	5
		874	Anantapur campagne	5
Indonésie		718	Bali	11
Malaisie		70	Etat de Selangor	2
Turquie		119	Deux zones rurales	8
EUROPE				
Portugal	16		Ensemble du pays	19
AMERIQUE LATINE				
Cuba	31		Ensemble du pays	9
Colombie		110	Cali	22
Jamaïque	106		Ensemble du pays	23
Pérou		73	Province de Callao	25

* Décès pour 100 000 naissances vivantes.

TABLEAU 2. PERTINENCE DES SOURCES DE DONNEES ET DES METHODES POUR OBTENIR
DES INFORMATIONS CHOISIES SUR LA MORTALITE MATERNELLE

(Légende : 1 = bonnes, 2 = satisfaisantes, 3 = médiocres, 4 = non satisfaisantes)

Sources de données/méthodes	Données recherchées				
	Nombre de décès	Taux de mortalité maternelle	Caractéristiques des femmes décédées	Causes	
				Médicales	Autres (sociales, etc.)
<u>Statistiques démographiques</u>					
Décès maternels (classification de routine)	2	2	3	3	3
Registre des naissances et des décès - comparaison	1	1	2	1	2
Examiner tous les décès de femmes entre 15 et 49 ans	1+	1	1	1	1
<u>Dossiers hospitaliers</u>					
Décès maternels dans les services d'obstétrique et de gynécologie	2	3	1	2	3
Décès maternels dans l'ensemble des services	2	3	1	2	3
Etudes cas-témoins	4	4	1	2	2
Examen obst./gyn. par des pairs	4	4	1	1	2
<u>Interrogations des agents de santé</u>					
Obstétrique/gynécologie	3	3	2	2+	2
Ensemble des agents de santé (SMI/FF)	3	3	2	2+	2
<u>Etudes communautaires</u>					
Recenser et examiner les décès de femmes entre 15 et 49 ans	2 1	2 1	1	1-2	1
Surveillance prospective des femmes enceintes jusqu'à 6 semaines après l'accouchement	1	1	1	1-2	1-2
Enquête sur les ménages	2	2	1	2	1-2
Discussions de groupe	INC	4	INC		2
Etudes cas-témoins	4		1	2	1-2
<u>Enquête confidentielle</u>					
Statistiques démographiques	3		1	1	2
Sources de données multiples	1		1	1	2
<u>Méthodes démographiques indirectes</u>	INC	INC	4	4	4

NOTE : INC - Inconnu.

REFERENCES

Documents de travail présentés à la réunion

1. Abdullah, S. A., Fathalla, M. F., Abdel Aleem, A. M., Salem, H. T. & Aly, M. Y. Maternal mortality in Upper Egypt. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.18 (en anglais seulement).
2. Adeeb, N. Prevention of maternal mortality in Malaysia. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.11 (en anglais seulement).
3. Alam, A. H. M. N. Prevention of maternal mortality in Bangladesh. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.15 (en anglais seulement).
4. Baldo, M. H. La mortalité maternelle au Soudan. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.5.
5. Bhatia, J. C. Maternal mortality in Anantapur district, India: preliminary findings of a study. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.16 (en anglais seulement).
6. Chen, R. J. Maternal mortality in Shanghai, China. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.2 (en anglais seulement).
7. Correa, P. La mortalité maternelle au Sénégal. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.21.
8. Akin-Dervisoglu, A. Maternal mortality in Turkey. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.19 (en anglais seulement).
9. Farnot Cardoso, U. Maternal mortality in Cuba. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.14 (en anglais).
10. Fathalla, M. F. The causes of maternal deaths: a global review. Document OMS N° FHE/PMM/85.7 (en anglais seulement).
11. Fortney, J. A., Susanti, I., Gadalla, S., Saleh, S., Feldbaum, P. J. & Potts, M. Maternal mortality in Indonesia and Egypt. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.13 (en anglais seulement).
12. Harrison, K. A. A review of maternal mortality in Nigeria with particular reference to the situation in Zaria, Northern Nigeria, 1976-1979. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.12 (en anglais seulement).
13. Harrison, K. A. Morbidité maternelle. Document OMS N° FHE/PMM/85.8.
14. Institute for the Protection of Mother and Newborn. Maternal mortality in selected areas of Vietnam. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.8 (en anglais seulement).
15. Janjua, S. Mortalité maternelle : enquête statistique sur dix ans (1975-1984), Poly-clinique gouvernementale centrale d'Islamabad. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.7.
16. Kwast, B. Epidemiology of maternal mortality in Addis Ababa: a community-based study. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.17 (en anglais seulement).
17. Malla, D. A. Study on causes of maternal mortality in selected hospitals in Nepal. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.9 (en anglais seulement).
18. Mtimavalye, L. A. R., Justesen, A. & Ngwalle, E. Survey of institutional maternal deaths in four regions of Tanzania, July 1983-December 1984: preliminary report. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.20 (en anglais seulement).

19. Purificação Araújo, M. La mortalité maternelle au Portugal. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.6.
20. Rao, A. B. La mortalité maternelle en Inde : état de la situation. Document OMS FHE/PMM/85.9.4.
21. Rochat, R. W. Niveau de la mortalité maternelle : définitions et méthodes de mesure. Document OMS N° FHE/PMM/85.6.1.
22. Rodriguez, J., Quintero, C. Bergonzoli, G. & Salazar, A. La notion de mortalité évitable et son application à la mortalité maternelle, Cali, (Colombie). Document OMS N° FHE/PMM/85.9.1.
23. Walker, G. J. A., Ashley, D. E. C., McCaw, A. & Bernard, G. W. Maternal mortality in Jamaica: a confidential inquiry into all maternal deaths in Jamaica, 1981-1983. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.10 (en anglais seulement).
24. Organisation mondiale de la Santé, Division de la Santé de la Famille. La mesure de la mortalité maternelle (document de base). Document OMS N° FHE/PMM/85.6.2.
25. Zamora, R. M. Etude sur la mortalité maternelle au Pérou : rapport préliminaire. Document OMS N° FHE/PMM/85.9.3.

Rapports des groupes de travail

26. Groupe 1. Méthodes de mesure de la mortalité et de la morbidité maternelles et méthodes d'enregistrement, de notification et d'analyse des causes.
27. Groupe 2. Technologie appropriée, formation et recherche pour la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles.
28. Groupe 3. Organisation des soins de santé maternelle aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire en vue d'une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.
29. Groupe 4. Réduire le risque : la planification familiale et la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Autres références

30. Benedetti, T. J., Starzyk, P. & Frost, F. Maternal deaths in Washington State. Obstetrics and Gynaecology, 66: 99-101. 1985.

Autres documents pertinents

Maternal mortality rates. A tabulation of available information. Document OMS N° FHE/PMM/85.2 (en anglais seulement).

Coverage of maternity care. A tabulation of available information. Document OMS N° FHE/85.1 (en anglais seulement).

Des exemplaires des documents présentés à la réunion ainsi que des deux documents ci-dessus peuvent être obtenus sur demande auprès de la Division de la Santé de la Famille, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

LISTE DES PARTICIPANTS

Professeur S. Abdul-Hamid Abdallah
Département d'Obstétrique/Gynécologie
Université d'Assiut
Boîte postale 30
Assiut
Egypte

Dr Nafisah Adeeb
Professeur d'Obstétrique/Gynécologie
Université nationale de Malaisie
Kuala Lumpur
Malaisie

Dr Ayse Akin
Département de Médecine communautaire
Université d'Hacettepe
Ankara
Turquie

Dr A. H. M. Nurul Alam
Directeur des Services de SMI
Direction du contrôle démographique et de
la planification familiale
Ministère de la Santé et du Contrôle
démographique
Gouvernement du Bangladesh
Eden Building
Dacca
Bangladesh

Dr Deanna Ashley
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
PO Box 478
Kingston 5
Jamaïque

Dr Nanta Auamkul
Division de la Santé de la Famille
Ministère de la Santé publique
Bangkok 10200
Thaïlande

Dr M. H. Baldo
Directeur de Projet
Projet national de SMI/PF pour l'amélioration
de la santé de la mère et de l'enfant
PO Box 1264
Omdurman
Soudan

Professeur Jeanine-Nadjia Belkhodja
Clinique de Gynécologie et Obstétrique
13, avenue Brahim Gharafa
Bal el-Oued
Alger
Algérie

Dr K. Bhasker Rao
Consultant Obstetrician/Gynaecologist
'I' Block-63
Anna Nagar 600-040
Madras
Inde

Dr J. C. Bhatia
Indian Institute of Management
Bannerghatta Road
Bangalore 560-076
Inde

Dr B. Boukhalifa
Maître-Assistant Gynécologie/Obstétrique
Secteur sanitaire
Université de Tizi-Ouzou
Tizi-Ouzou
Algérie

Dr Chen Ru-Jun
Directeur
Premier Institut de Santé maternelle et infantile
Shanghai
Chine

Professeur P. Correa
Médecin-Chef de la Clinique Gynécologie/
Obstétrique du CHU Le Dantec
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Dakar
Dakar-Fann
Sénégal

Dr Do Trong Hieu
Institut pour la Protection de la mère et du
nouveau-né
43 Trang Thi Street
Hanoi
Viet Nam

Dr U. Farnot
c/o Senor Representante de la OPS/OMS
Vedado
La Havane
Cuba

Dr M. F. Fathalla (Président)
Doyen de l'Ecole de Médecine
Université d'Assiut
PO Box 30
Assiut
Egypte

Dr Judith Fortney
Reproductive Epidemiological Division
Family Health International
Research Triangle Park
North Carolina 27709
Etats-Unis d'Amérique

Dr K. A. Harrison
Professor of Obstetrics/Gynaecology
University of Port Harcourt
Faculty of Clinical Sciences
East-West Road
Choba, PMB 5323,
Port Harcourt
Nigéria

Dr Samia Janjua
Chirurgien, Gynécologue/Obstétricien
Polyclinique gouvernementale centrale
Islamabad
Pakistan

Dr Afke Justesen
Département d'Obstétrique
Centre médical Muhimbili
PO Box 65117
Dar es-Salaam
Tanzanie

Mme Barbara Kwast
Professeur d'Obstétrique
Université d'Addis-Abeba
c/o Ambassade des Pays-Bas
PO Box 20061
2500 EB La Haye
Pays-Bas

Dr Malika Ladjali
Institut national de Santé publique
Section PMI/EN
128 ch. Mohamed Gacem
El Mouradia
Alger
Algérie

Dr D. Lewin
Centre hospitalier
78303 Poissy Cedex
France

Dr J. D. O. Loudon
Thorncroft
94 Inverleith Place
Edimbourg EH3 5PA
Royaume-Uni

Mme Deborah Maine* (Rapporteur en chef)
Senior Staff Associate
Center for Population & Family Health
Faculty of Medicine of Columbia University
60 Haven Avenue
New York, NY 10032
Etats-Unis d'Amérique

Dr Dibya S. Malla
Administrateur
Maternité de Katmandou
c/o WPC&R
PO Box N° 108
Katmandou
Népal

Professeur E. Papiernik
Chef de Service Gynécologie/Obstétrique
Hôpital Antoine Beclere
157, rue de la Porte de Trivaux
92140 Clamart
France

Dr M. Potts
President
Family Health International
Research Triangle Park
North Carolina 27709
Etats-Unis d'Amérique

Dr Maria da Purificação Araújo
Direcção-Geral dos Cuidados de Saude Primarios
Ministério da Saude
Alameda D. Afonso Henriques 45
Lisbonne
Portugal

Professeur S. S. Ratnam (Coprésident)
Head of Department Obst./Gyn.
National University of Singapore
Kandang Kerbau Hospital
Singapour 0821
République de Singapour

Dr R. W. Rochat
Director
Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control
Atlanta, Georgia 30333
Etats-Unis d'Amérique

* Qui a rédigé le présent rapport.

Dr R. J. Rodriguez
 Director PRIMOPS
 Fundacion Para la Educacion Superior
 Centro de Apoyo Para el Desarrollo
 en Salud
 Calle 4 N° 1-19,
 AA 5744, Cali
 Colombie

Dr A. Rosenfield
 Director
 Center for Population & Family Health
 60 Haven Avenue
 New York, NY 10032
 Etats-Unis d'Amérique

Dr Kusum P. Shah
 10, rue des Vernes
 1217 Meyrin
Genève

Professeur M. Tahar
 Professeur Gynécologie/Obstétrique
 Secteur sanitaire
 Université d'Oran
Oran
 Algérie

Dr L. Heligman
 Division de la Population
 Nations Unies
 New York, NY 10017
 Etats-Unis d'Amérique

Dr J. S. Tomkinson
 Secretary-General
 International Federation of Gynecology and
 Obstetrics
 27 Sussex Place
 Regent's Park
 Londres NW1 4RG
 Royaume-Uni

Dr G. Walker (Corapporteur)
 London School of Hygiene and Tropical
 Medicine
 Keppel Street
 Londres WC1E 7HT
 Royaume-Uni

Dr Rosa Maria Zamora
 Investigadora Principal
 Estudio sobre Mortalidad Materna
 c/o Sr. Representante de la OPS/OMS
 Oficina Sanitaria Panamericana
 Casilla 2117
Lima
 Pérou

Dr P. Severyns
 FNUAP
 220 East 42nd Street
 New York, NY 10017
 Etats-Unis d'Amérique

AMRO - Dr N. Suarez-Ojeda, Conseiller régional, CMI
 SEARO - Dr Kanti Giri, Conseiller régional, FH

Secrétariat :

Dr Lu Rushan, Sous-Directeur général
 Dr A. Petros-Barvazian, Directeur, FHE
 Dr R. Cook, Médecin principal, FHE (Secrétaire)
 Mme E. Royston, Technicienne, FHE
 Mme J. Mitchell, Secrétaire, FHE
 Dr M. A. Belsey, Chef, MCH
 Dr J. Kierski, Médecin, MCH
 Dr L. Edouard, Consultant, MCH
 Dr J. Barzelatto, Directeur, HRP
 Dr E. Wilson, Médecin, HRP
 Dr D. A. Robinson, Médecin, HST

ORDRE DU JOUR ANNOTE

Lundi 11 novembre

Enregistrement des participants

1. Ouverture de la réunion par le Dr Lu Rushan, Sous-Directeur général de l'OMS
2. Désignation du Président, du Vice-Président et des rapporteurs
3. Présentation des objectifs de la réunion/Adoption de l'ordre du jour
4. Les causes de décès maternel - Aperçu mondial - Dr M. Fathalla (FHE/PMM/85.7)
5. La mesure de la mortalité maternelle - Dr R. Rochat (FHE/PMM/85.6.1 et 85.6.2)
6. Présentation des résultats d'études et d'autres données recueillies au niveau national :
 - Jamaïque, Dr Deanna Ashley (FHE/PMM/85.9.10)
 - Colombie, Dr Jaime Rodriguez (FHE/PMM/85.9.1)
 - Soudan, Dr M. Baldo (FHE/PMM/85.9.5)
 - Inde, Dr A. Bhaskar Rao (FHE/PMM/85.9.4)
 - Pérou, Dr Rosa M. Zamora (FHE/PMM/85.9.3)
 - Pakistan, Dr Samia Janjua (FHE/PMM/85.9.7)
 - Portugal, Dr Maria da Purificação Araújo (FHE/PMM/85.9.6)

Mardi 12 novembre

6. Présentation des résultats d'études et d'autres données recueillies au niveau national (suite) :
 - Egypte (RAMOS) & Indonésie, Dr Judith Fortney (FHE/PMM/85.9.13)
 - Malaisie, Dr Nafisah Adeeb (FHE/PMM/85.9.11)
 - Viet Nam, Dr Do Trong Hieu (FHE/PMM/85.9.8)
 - Ethiopie, Dr Barbara Kwast (FHE/PMM/85.9.17)
 - Népal, Dr Dibya Malla (FHE/PMM/85.9.9)
 - Nigéria, Dr Kelsey Harrison (FHE/PMM/85.9.12)
 - Cuba, Dr Ubaldo Farnot (FHE/PMM/85.9.14)
 - Bangladesh, Dr A. Nurul Alam (FHE/PMM/85.9.15)
 - Chine, Dr Chen Ru-Jun (FHE/PMM/85.9.2)
 - Inde (Bangalore), Dr J. C. Bhatia (FHE/PMM/85.9.16)
 - Egypte, Dr Sayyed A.-H. Abdallah
7. Morbidité imputable aux complications de la grossesse et de l'accouchement : aperçu de la situation mondiale - Dr K. Harrison (FHE/PMM/85.8)

Mercredi 13 novembre et jeudi 14 novembre

8. Groupes de travail :

- Groupe 1. Méthodes de mesure de la mortalité et de la morbidité maternelles et méthodes d'enregistrement, de notification et d'analyse des causes.
- Groupe 2. Technologie appropriée, formation et recherche pour la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles
- Groupe 3. Organisation des soins de santé maternels aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire en vue d'une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.
- Groupe 4. Comment faire jouer à la planification familiale un rôle plus spécifique, plus direct et plus efficace pour préserver la santé de la femme et prévenir la mortalité maternelle.

Vendredi 15 novembre

9. Examen des rapports et des recommandations des groupes de travail en séance plénière
10. Table ronde : La mortalité maternelle, la planification familiale et les soins de maternité : recommandations en vue d'un programme d'action de l'OMS pour la période du huitième programme général de travail (1989-1995). Participants : Dr Deanna Ashley, Dr K. Bhasker Rao, Dr M. F. Fathalla, Dr K. A. Harrison, Ms Barbara Kwast, Dr M. Potts, Professeur S. S. Ratnam et Dr J. S. Tomkinson.
11. Discours de clôture du Dr A. Petros-Barvazian

= = =