

INTRODUCTION

1. La grossesse est extrêmement risquée en Afrique subsaharienne. Les forts taux de morbidité et de mortalité observés chez les femmes enceintes dans cette partie de la Région sont la conséquence directe des graves défauts du système social, culturel et économique, ainsi que de l'insuffisance des services de santé. Néanmoins, l'OMS estime qu'il est possible d'améliorer la situation en appliquant efficacement les connaissances actuelles, en adoptant les bonnes techniques et en assurant une meilleure gestion des ressources. Une volonté politique forte est indispensable pour assurer le succès des réformes nécessaires en matière de santé et d'éducation, maintenir une meilleure répartition des revenus et s'attaquer aux causes de malaises et de désordres sociaux.

2. On trouvera ci-après quelques notions fondamentales sur la mortalité maternelle, suivies d'une analyse de la situation, notamment dans la Région africaine, et de quelques suggestions concernant les stratégies à adopter pour réduire la mortalité maternelle.

NOTIONS FONDAMENTALES SUR LA MORTALITE MATERNELLE

Définition de la mortalité maternelle

3. Un décès maternel¹ est le décès d'une femme enceinte ou un décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse.

Causes de la mortalité maternelle

4. Les principales causes directes de mortalité maternelle sont les avortements à risque, l'anémie, l'éclampsie, les hémorragies, le travail dystocique et les infections puerpérales. Les principales causes indirectes sont le VIH/SIDA, le paludisme, les hépatites virales (notamment l'hépatite E), la tuberculose pulmonaire, les maladies diarrhéiques infectieuses (choléra, typhoïde, amibiase), le tétanos, les cardiopathies et l'anémie falciforme. En outre, dans certaines régions, des pratiques traditionnelles dangereuses contribuent de façon importante à la mortalité maternelle. Certaines de ces complications de la grossesse peuvent laisser des séquelles durables comme l'inflammation pelvienne chronique, la stérilité, les grossesses extra-utérines et les fistules obstétricales.

5. Le VIH/SIDA est un facteur de mortalité maternelle de plus en plus important dans certains pays de la Région. Les infections opportunistes sont fréquentes et le pronostic périnatal est mauvais, du fait de l'augmentation de la fréquence des fausses couches, des grossesses extra-utérines et d'autres complications.

6. Le paludisme est plus dangereux pendant la grossesse. Le développement de la pharmaco-résistance complique encore la situation. Dans les régions de forte endémicité, les décès maternels liés au paludisme sont dus principalement à l'effet indirect le plus important de la maladie, à savoir une anémie grave. Dans les régions où le paludisme est instable, la mort est attribuable à ses effets directs, notamment au paludisme

¹ Par définition, le rapport de mortalité est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pendant une période donnée, généralement un an. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels par an pour 100 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans). Dans le langage courant, on utilise le terme «taux de mortalité maternelle» pour désigner ce qui est en réalité le rapport de mortalité maternelle.

cérébral avec coma. Dans les deux cas, le risque le plus fréquent pour le fœtus est un faible poids de naissance.

Conséquences de la mortalité maternelle

7. Les décès maternels se traduisent par un nombre important d'orphelins, par une absence d'éducation et une perte de revenus, contribuant ainsi à l'appauvrissement des familles et de la société. Souvent, les enfants à leur tour meurent en bas âge et l'éducation des survivants est gravement compromise. Il n'est pas rare non plus que l'époux meure précocement. L'effet de la mortalité maternelle à l'échelle nationale n'a pas encore été pleinement évalué.

SITUATION EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

8. Le rapport de mortalité maternelle dans les différents blocs de la Région africaine est estimé à 1060 pour l'Afrique de l'Est, 1020 pour l'Afrique de l'Ouest, 950 pour l'Afrique centrale, 340 pour l'Afrique du Nord et 260 pour l'Afrique australe, alors qu'il est inférieur à 30 dans les pays développés. Dans certains pays de la Région, une femme sur 12 meurt des suites de complications de la grossesse contre une sur 4000 ou même une sur 10 000 dans les pays développés. Les efforts internationaux en vue de réduire la mortalité maternelle remontent au lancement de l'Initiative pour une maternité sans risque, en 1987. S'ils ont aidé à mettre le problème en lumière, ils n'ont guère connu de succès, car la qualité de vie s'est dégradée depuis lors. En Afrique, le PNB est encore inférieur à ce qu'il était en Europe occidentale il y a 200 ans, ce que confirme l'écart entre les rapports de mortalité maternelle .

Conditions sanitaires

9. Les conditions sanitaires dans la Région sont généralement mauvaises. Alors que la population de l'Afrique ne représente que 10 % de la population mondiale, la Région enregistre 90 % des cas mondiaux de paludisme, 70 % des cas de VIH/SIDA et 36 % des décès maternels.

10. La plupart des décès maternels ne sont pas dus à l'ignorance de leurs causes médicales ou obstétricales, mais à un traitement inadapté, trop tardif ou inexistant. Le retard peut concerner la décision de demander de l'aide, le transport vers un centre de soins compétent ou l'administration du traitement nécessaire par le centre de soins. L'idéal serait d'intervenir précocement, sans attendre que la mère soit dans un état grave, mais souvent le traitement n'est entrepris que lorsque la situation s'est considérablement aggravée. De ce fait, le nombre de décès chez les mères et les bébés est plus élevé, les survivants mettent plus de temps à se rétablir et le coût du traitement augmente, ce qui renforce le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé. La mortalité périnatale et celle associée à l'avortement sévissent également.

Facteurs économiques et sociaux, y compris l'analphabétisme

11. L'Afrique a du mal à se développer en raison de la mise en valeur insuffisante de ses vastes ressources naturelles. La dépression économique, la pauvreté et le faible niveau général d'alphabétisation, ainsi que la faiblesse du système éducatif contribuent largement à la mauvaise qualité de vie. Ces mêmes conditions ont un effet négatif sur le moral des agents de santé, ce qui se traduit par une certaine inefficacité dans leur action et une détérioration de la qualité des soins.

Pays en situation difficile

12. Actuellement, sur les 46 pays de la Région, beaucoup sont en situation difficile en raison de troubles civils, de guerres ou d'autres situations d'urgence dues notamment à des catastrophes naturelles. Dans les régions les plus touchées, l'autorité ne s'exerce plus, l'économie et les institutions sociales sont détruites, les réseaux publics ont cessé de fonctionner et le système de santé s'est effondré. L'exode des cerveaux se traduit par une perte importante de main-d'œuvre. Des déplacements massifs de populations à l'intérieur et à l'extérieur des pays concernés obligent à créer des camps de réfugiés. Les décès, dus principalement aux blessures, à la malnutrition ou aux maladies transmissibles, sont très nombreux à l'intérieur comme à l'extérieur des camps. Les femmes enceintes et les enfants sont les premières victimes en raison de l'absence de soins obstétricaux et de l'interruption des vaccinations.

STRATEGIES DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE

Principes fondamentaux

13. Pour rendre la grossesse plus sûre, il faut impérativement :

- a) développer la collaboration intersectorielle pour améliorer les conditions de vie et favoriser l'acceptation des formes modernes de soins maternels par la population;
- b) renforcer le système de santé pour qu'il soit en mesure d'offrir des soins anténatals de qualité à l'ensemble de la population;
- c) proposer un éventail approprié d'interventions pour faire face aux urgences non programmées², qui constituent le groupe le plus vulnérable, avec la plus forte proportion de décès maternels (Tableau 1);
- d) promouvoir des conditions socio-économiques, éducationnelles, culturelles, infrastructurelles, politiques et sanitaires de nature à éviter les urgences non programmées.

² Le terme «urgence non programmée» s'applique aux femmes qui n'ont pas bénéficié des soins anténatals appropriés et qui arrivent à l'hôpital dans un état critique à la suite de complications de la grossesse menaçant le pronostic vital. Souvent le cas est si avancé que la femme présente non pas une mais deux complications ou parfois plus. Par exemple, un travail dystocique est compliqué par une rupture d'utérus, une hémorragie importante, une infection généralisée et un état de choc. Ou bien, une anémie grave et une tuberculose, survenues pendant la grossesse, ont été négligées jusqu'à ce qu'une complication puerpérale, comme la rétention du placenta, force la femme à se rendre dans un centre de soins pour la première fois. Une visite en temps voulu dans un centre anténatal aurait permis de détecter et de traiter les deux problèmes pré-existants avant le déclenchement du travail.

Tableau 1
ISSUE DE LA GROSSESSE CHEZ TROIS GROUPES DE FEMMES DE ZARIA
(NIGERIA) DE 1976 A 1979

Issue de la grossesse	Groupe de femmes ayant bénéficié de soins anténatals et restées en bonne santé	Groupes de femmes ayant bénéficié de soins anténatals, mais victimes de complications	Urgences non programmées
Nombre de décès maternels	5	14	219
Décès maternels pour 100 000 naissances	44	372	2 844
% d'accouchements chirurgicaux	6	25	30
Naissances uniques : décès périnatals pour 1000 naissances	22	74	247
Naissances uniques : % de faible poids de naissance	6	13	24

Source : Harrison K. A. "Childbearing, health and social priorities : a survey of 22 774 consecutive hospital birth in Zaria, Northern Nigeria". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1985, 92, supplément 5, p. 92 et 102.

Soins de santé maternelle appropriés

14. De nos jours, les soins de santé maternelle se fondent sur des principes biomédicaux scientifiques. Le niveau de base, celui des soins de santé primaires, assure les soins anténatals, les accouchements normaux et, le cas échéant, l'orientation vers un niveau supérieur. En ce qui concerne les accouchements normaux, il est préférable de décider au niveau local s'ils doivent avoir lieu à domicile ou dans un établissement de soins, compte tenu des coutumes et de la situation géographique. Le niveau suivant, ou premier niveau de recours, se situe à l'hôpital. Celui-ci doit être convenablement équipé pour assurer les interventions salvatrices essentielles sur les cas qui lui sont renvoyés, traiter les grossesses et les accouchements compliqués et prendre en charge les complications puerpérales. Une très petite minorité de cas, requérant des soins hautement spécialisés ou intensifs, sont traités au niveau tertiaire où se concentrent les services spécialisés. Il est indispensable de maintenir des liaisons entre les trois niveaux. Les soins nécessaires pour réduire la mortalité maternelle sont prodigués pour l'essentiel au niveau primaire et au premier niveau de recours. Ils

sont assurés par des sages-femmes, des infirmiers (y compris des infirmiers communautaires, de santé publique ou auxiliaires) et des médecins généralistes formés aux interventions obstétricales de base, comme les accouchements chirurgicaux. Le rôle des sages-femmes est particulièrement crucial.

Rôle des Etats Membres

Engagement politique

15. Il appartient aux dirigeants politiques et professionnels de lancer le processus de réduction de la mortalité maternelle en favorisant la prise de conscience, en établissant les véritables priorités et en s'engageant de toutes leurs forces à les mettre en œuvre. Il est également essentiel de développer la notion de service public.

Vision et orientation de la politique

16. Une politique nationale de la santé maternelle doit fixer des objectifs de réduction de la mortalité maternelle sur une période donnée – 5, 10 ou 25 ans – mais aussi formuler une politique sociale visant à changer les comportements et à promouvoir la santé maternelle.

Réduction de la pauvreté

17. Le gouvernement devrait coordonner la lutte contre la pauvreté en employant les ressources locales ou extérieures disponibles. Les ressources supplémentaires obtenues doivent être largement consacrées à l'éducation du public et aux soins de santé bénéficiant à l'ensemble de la population, de façon à réduire les taux élevés de mortalité maternelle.

Systemes de soins de santé

18. Les systèmes de soins appliqués à la protection de la santé maternelle présentent des caractéristiques communes aux principaux domaines des soins de santé et d'autres qui leur sont propres. Parmi les premières figurent la mise à disposition et l'entretien de l'infrastructure médicale de base, la fourniture du matériel et des produits, ainsi que la mise à disposition et la gestion du personnel. Le développement des capacités est un autre élément essentiel.

Caractéristiques fondamentales du système de soins de santé maternelle

19. Les principales caractéristiques distinctives d'un système de soins de santé maternelle sont les suivantes :

- a) des soins anténatals efficaces doivent être assurés dans les centres de premier niveau et dans la communauté de façon à couvrir toute la population;
- b) les femmes qui présentent des complications (notamment des complications puerpérales) doivent être dirigées sans délai vers un centre de deuxième niveau (hôpital de district ou l'équivalent) pour recevoir le traitement qui les sauvera;
- c) des moyens de transport efficaces sont essentiels;
- d) des directives précises doivent être formulées pour déterminer la qualité des soins et des mesures prises en vue de leur amélioration.

Qualité des soins et audit

20. Cinq étapes sont nécessaires pour déterminer la qualité des soins : i) inventaire des besoins; ii) identification du problème; iii) proposition de solutions; iv) mise en œuvre des solutions; v) évaluation des résultats. Ces étapes sont passées en revue lors de l'audit périnatal annuel que les agents de santé maternelle connaissent bien. Sous sa forme la plus simple, le résultat peut se limiter au nombre de naissances et de décès (voir Tableau 2). Si l'on ajoute à ce tableau les effectifs et les données sur la proportion d'accouchements à l'hôpital, sur les accouchements chirurgicaux et sur les urgences non programmées, il est possible d'évaluer la qualité de la couverture et de l'utilisation des soins. Ce modèle convient dans un premier temps, lorsque le taux de mortalité est très élevé. Pour corriger la situation lorsque la qualité des soins laisse quelque peu à désirer et pour améliorer la prise en charge des cas, il faut procéder à une enquête confidentielle sur les décès maternels. Il est absolument essentiel de publier les résultats au niveau local.

Tableau 2**DECES MATERNELS ET NAISSANCES A L'HOPITAL REGIONAL DE KIGOMA****(TANZANIE) DE 1984 A 1991**

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Nombre de décès maternels	28	24	26	16	14	9	7	8
Nombre total de naissances	3070	3305	3072	3580	3845	4042	4170	4440

Source : Mbaruko G. *in* Starr A. The Safe Motherhood Action Agenda : priorities for the next decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka. InterAgency Group for Safe Motherhood. 1997, encadré N, p. 50.

Planification familiale et santé des enfants

21. Les services de planification familiale peuvent contribuer à prévenir les avortements clandestins et les décès qu'ils entraînent en enseignant comment éviter les grossesses non désirées. En pédiatrie, l'accent mis sur la protection contre les maladies infectieuses par la vaccination et une meilleure nutrition réduit le risque de retard de croissance. Ainsi, le développement pelvien se fera normalement au cours de l'adolescence, ce qui réduira le risque de disproportion céphalo-pelvienne et de travail dystocique.

Pertinence de l'information sanitaire et systèmes de gestion

22. Des données sanitaires peuvent être obtenues en compilant les statistiques démographiques et en procédant à des recensements. Au niveau national, il importe de recueillir des informations exactes sur les naissances et les décès et de conserver les dossiers sous une forme qui facilite l'analyse périodique des données, de façon à pouvoir évaluer les performances et planifier les améliorations.

Aspects financiers

23. Les allocations financières destinées au secteur de la santé sont en général insuffisantes, ce qui fait que les dépenses consacrées aux services de santé maternelle sont encore plus dérisoires. Le budget des services de soins de santé distingue les dépenses d'investissement et les dépenses de fonctionnement. Les premières concernent les bâtiments, le matériel et la formation initiale du personnel. Les secondes couvrent les coûts du personnel, des médicaments et fournitures, de la logistique et de l'entretien. Ces coûts posent souvent un problème dans la Région lorsque leur couverture n'a été prévue que pour une période initiale limitée et que les salaires représentent 80 à 90 % du budget de fonctionnement. A la fin de la période initiale, lorsque les frais récurrents ne sont plus couverts et que l'essentiel des fonds disponibles est consacré aux salaires, les sommes restant pour les autres chapitres deviennent notoirement insuffisantes. Le résultat est qu'il n'y a plus assez de matériel pour travailler correctement, d'où la frustration du personnel.

24. Pour réduire à court terme la mortalité maternelle, il faudrait prévoir le financement des interventions (b) et (c) visées au paragraphe 13. Des études doivent être entreprises d'urgence pour déterminer ces coûts et comment ils doivent être ventilés. L'impression qui prévaut dans certains milieux internationaux de la santé est qu'il suffirait de 2 à 3 dollars des Etats-Unis par personne et par an, mais il serait plus réaliste de tableer sur 20 dollars par personne et par an. Il faudrait aussi déterminer la répartition entre les coûts d'investissement et les coûts de fonctionnement dans le budget total ainsi que les fractions du coût total financées respectivement par le gouvernement et les donateurs.

Renforcement de la participation communautaire

25. La participation communautaire pourrait être renforcée en :

- a) déterminant les forces et les faiblesses de la communauté;
- b) déterminant les problèmes qu'elle rencontre et la façon dont ils sont perçus par la base dans un esprit de participation, avec l'espoir que la communauté aura une grande influence sur le choix des interventions;
- c) identifiant les personnes influentes dans la communauté, qui agiront comme points focaux pour d'éventuels changements;
- d) veillant à ce que l'information circule de bas en haut et de haut en bas;
- e) élaborant un calendrier de recherche pratique dans un esprit de participation et en diffusant les résultats au sein de la communauté dans le même esprit;
- f) élaborant des matériels d'information et d'éducation pour chaque communauté, tout en favorisant les échanges d'idées entre communautés;
- g) maintenant une base de données statistiques démographiques.

Accoucheuses traditionnelles

26. Les avis sont partagés sur le rôle des accoucheuses traditionnelles dans la réduction de la mortalité maternelle. Actuellement, dans de nombreuses localités de la Région, elles sont les seuls agents de santé disponibles pour assurer les soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale; souvent la population est traditionnellement en leur faveur. Certains estiment donc qu'il serait avantageux de leur conserver leur place grâce à des programmes qui mettraient l'accent sur les notions de base d'antisepsie et d'asepsie, les soins du cordon ombilical, la détection précoce des complications de la grossesse et de l'accouchement nécessitant le transfert de la parturiente, ainsi que sur les règles d'hygiène élémentaires. Ces programmes ont montré leur efficacité pour réduire le nombre de cas de tétanos périnatal et de décès néonataux tardifs, mais non celui des décès maternels.

27. Leurs adversaires font valoir que les accoucheuses traditionnelles souffrent de nombreux handicaps. Elles sont trop vieilles et trop ancrées dans leurs habitudes pour s'adapter aux méthodes de soins modernes. Elles sont responsables de nombreuses urgences non programmées, qui s'accompagnent d'un taux de mortalité très élevé. Elles ne peuvent traiter aucune des principales causes de décès maternel. Etant illétrées, elles ne peuvent maintenir une trace fiable de leurs activités, ce qui rend toute évaluation impossible. Lorsque l'alphabétisation se généralise, les accoucheuses traditionnelles disparaissent. Il est donc difficilement justifiable d'investir à la fois dans l'éducation publique et les accoucheuses traditionnelles. Là où les accouchements intervenant à domicile sont pratiqués par des sages-femmes et où les accoucheuses traditionnelles se contentent de les assister, on constate un recul modeste de la mortalité maternelle.

28. Tout bien considéré, il existe des arguments sérieux en faveur d'une réduction progressive du rôle des accoucheuses traditionnelles.

Recherche

29. Il est important de développer la capacité de recherche, d'établir un calendrier des travaux et de trouver les ressources nécessaires. Il faut encourager la recherche de base et fondamentale sur les moyens d'améliorer la santé maternelle, en tenant compte notamment des aspects sociaux et économiques. L'exploitation des résultats de ces recherches ne doit pas se limiter à leur publication dans des revues scientifiques. Lorsque les circonstances s'y prêtent, il faut tout mettre en oeuvre pour traduire les résultats les plus intéressants dans les politiques visant à l'amélioration de la santé maternelle.

Rôle des partenaires

30. On entend par "partenaires" les organismes bilatéraux et multilatéraux, les ONG et beaucoup d'autres intervenants. Leur rôle est de compléter la vision du gouvernement en assurant la mise en oeuvre des plans adoptés, de mobiliser les ressources et de développer les capacités locales. La coordination des donateurs est importante et exige un leadership fort de la part du gouvernement. La communauté internationale, même au niveau mondial, ne consacre pas assez de ressources à la réduction de la mortalité maternelle dans l'ensemble de la Région.

Rôle de l'OMS

31. L'OMS aidera les pays à mettre en œuvre la *Stratégie régionale en matière de santé reproductive* pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, adoptée par les Etats Membres en septembre 1997, à la quarante-septième session du Comité régional (AF/RC47/R5). A cette fin, elle :

- a) fournira l'appui nécessaire à tous les stades de développement des programmes, y compris pour l'inventaire des besoins, l'établissement des priorités, l'élaboration des politiques, le développement des capacités, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation;
- b) facilitera la collaboration et la création de réseaux inter-pays pour mettre en commun les meilleures solutions pratiques et les expériences innovantes;
- c) offrira un appui technique prompt et efficace aux programmes nationaux pour qu'ils s'intègrent à la réforme en cours du secteur de la santé;
- d) jouera le rôle de catalyseur dans la création ou le renforcement de mécanismes de coordination entre les principaux acteurs et partenaires.³

CONCLUSION

32. Pour réduire la mortalité maternelle, il est primordial d'éviter la dislocation des services de soins résultant d'un défaut de planification des politiques et d'un financement insuffisant. Il importe d'établir un système national fonctionnel de soins de santé maternelle. Finalement, l'essentiel est que les gens aient confiance dans les services mis à leur disposition et qu'ils les utilisent correctement.

³ Source : Santé reproductive : Stratégie de la Région africaine, 1998-2007.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC50/TD/1
6 mars 2000

Cinquantième session

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août - 2 septembre 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE : UN DEFI POUR LE 21ème SIECLE

Note pour les Discussions techniques

RESUME

1. Le rapport de mortalité maternelle dans la Région africaine - en moyenne de 870 pour 100 000 naissances vivantes - est le plus élevé du monde. La quarante-neuvième session du Comité régional a adopté comme sujet des Discussions techniques "Réduire la mortalité maternelle, un défi pour le 21ème siècle", reconnaissant ainsi l'ampleur du problème et la nécessité de la prévention. Auparavant, à la quarante-septième session du Comité, les Etats Membres avaient adopté la Stratégie régionale en matière de santé reproductive, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans la Région.
2. Les Etats Membres doivent faire preuve de plus de volonté et d'engagement politiques pour faire reculer la mortalité maternelle grâce à une approche coordonnée. La prise de conscience et la connaissance des données du problème doivent se traduire en mesures concrètes et durables tant de la part des différents secteurs de l'administration que des organisations non gouvernementales, des collectivités et de leurs partenaires.
3. Les discussions techniques de la 50ème session du Comité porteront d'abord sur les questions essentielles liées à la réduction de la mortalité maternelle, à savoir : a) l'accès à des soins anténatals efficaces; b) la possibilité pour les femmes enceintes, en cas de complications mettant leur vie en danger, de bénéficier d'un traitement hospitalier; c) le transport; d) le renforcement du système de soins.
4. Il est dans l'intérêt de tous les Etats Membres de déterminer les stratégies et les initiatives possibles pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle. Pour que l'entreprise soit couronnée de succès, il importe que toute les parties prenantes soutiennent ces efforts.
5. En fin de compte, les rapports élevés de mortalité maternelle pourront être réduits à condition d'investir suffisamment dans les domaines de l'éducation et de la santé publique.

SOMMAIRE

Paragraphe

INTRODUCTION	1 - 2
NOTIONS FONDAMENTALES SUR LA MORTALITE MATERNELLE	3 - 7
Définition de la mortalité maternelle	3
Causes de la mortalité maternelle	4 - 6
Conséquences de la mortalité maternelle	7
SITUATION EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	8 - 12
Conditions sanitaires	9 - 10
Facteurs économiques et sociaux, y compris l'analphabétisme	11
Pays en situation difficile	12
STRATEGIES DE REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE	13 - 31
Principes fondamentaux	13
Soins de santé maternelle appropriés	14
Rôle des Etats Membres	15 - 17
Systèmes de soins de santé	18 - 22
Aspects financiers	23 - 24
Renforcement de la participation communautaire	25
Accoucheuses traditionnelles	26 - 28
Recherche	29
Rôle des partenaires	30
Rôle de l'OMS	31
CONCLUSION	32