



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC50/13
31 août 2000

Cinquantième session

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août - 2 septembre 2000

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Réduire la mortalité maternelle dans la Région africaine : Un défi pour le 21ème siècle

Introduction

1. Les discussions techniques se sont déroulées à Ouagadougou (Burkina Faso) le 31 août 2000 durant la cinquantième session du Comité régional. Les représentants des Etats Membres ont participé à ces discussions. Le Bureau était composé comme suit :

Président : Professeur Kelsey Atangamuerimo Harrison (Nigeria)

Vice-Président : Professeur Maria do Rosario de Fatima Madeira Rita (Angola)

2. La liste des participants figure à l'Annexe 1.

3. Après les remarques liminaires du Professeur B. Nasah, Coordonnateur de la Division de la Santé de la Famille et de la Santé reproductive, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Président, le Professeur Kelsey Atangamuerimo Harrison, a présenté le document de travail (AFR/RC50/TD1).

4. Le Professeur Kelsey Atangamuerino Harrison a expliqué en s'aidant d'une série de diapositives que, dans la Région africaine, la mortalité maternelle moyenne - 870 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes - était la plus élevée au monde.

5. Parmi les causes déterminantes de cette situation dramatique figurent la précarité de la situation sanitaire, eu égard notamment au VIH/SIDA, la crise économique, la pauvreté et des taux d'alphabétisation qui restent très bas et, enfin, les effets dévastateurs des catastrophes naturelles ou dues à l'action de l'homme ainsi que des guerres et des troubles civils. Le rapport présente ensuite un aperçu des stratégies à envisager pour réduire la mortalité maternelle, en s'attachant en particulier aux principes fondamentaux qui devraient être à la base des programmes pour la maternité sans risque, à l'importance primordiale d'un système de soins fonctionnant bien qui puisse assurer des soins de qualité à tous les niveaux et intégrer de bons systèmes d'orientation - recours, à la nécessité de veiller à ce que les femmes aient accès à des services de prévention des grossesses non prévues et à des soins professionnels pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, y compris l'accès à des soins obstétricaux d'urgence en cas de complications et, enfin, à la nécessité de renforcer la participation de la communauté à la mise au point, l'exécution et l'évaluation des programmes.

6. Le Professeur Harrison a attiré l'attention sur la forte mortalité maternelle parmi les "urgences non programmées", c'est-à-dire les femmes qui n'ont pas bénéficié de soins prénatals appropriés et qui arrivent à l'hôpital avec des complications graves. Sur la base d'une enquête sur les naissances en milieu hospitalier qu'il a menée à Zaria (Nigeria) pendant la période 1976-1979, il a révélé que le rapport de mortalité maternelle (c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) était de 2884 parmi ces femmes, soit un chiffre environ 70 fois plus élevé que pour les femmes ayant bénéficié de soins prénatals et restées en bonne santé pendant leur grossesse (rapport de mortalité maternelle de 44). Ce chiffre illustre entre autres l'importance des soins prénatals dans le dépistage des complications (et l'orientation rapide vers les services compétents). De toute évidence, les soins prénatals ne sauraient être efficaces, que s'ils sont appuyés par des structures bien organisées et bien équipées pour la prise en charge des complications.

7. La pauvreté, l'absence d'éducation formelle et un faible PNB sont apparus comme les principaux facteurs indirectement responsables de la mortalité maternelle. Pour conclure, le Professeur Harrison a encouragé les participants à la réunion à envisager les choses de façon positive et a mis en garde contre le fatalisme. La réduction de la mortalité (et de la morbidité) maternelle est bien sûr un défi mais il y a plusieurs exemples très nets de pays, y compris en Afrique, qui ont réussi à faire reculer leur taux de morbidité maternelle.

Organisation des travaux

8. Le Professeur Maria do Rosario de Fatima Madeira Rita, Vice-Présidente, a donné des précisions sur l'organisation et la méthode de travail des discussions techniques. Les participants étaient invités à examiner les succès, les échecs et les obstacles à la réduction de la mortalité maternelle depuis 1987 et formuler des recommandations à l'intention des Etats Membres, de l'OMS et des partenaires du développement. Ils se sont répartis en trois groupes : groupe anglophone, groupe francophone et groupe trilingue (anglais, français et portugais). Ils se sont réunis séparément et chaque groupe a élu un Président et un Rapporteur, comme suit :

- **Groupe anglophone** Président : Dr W.G. Manyeneng (Botswana)
 Rapporteur : Dr L. K. Shodu (Zimbabwe)
- **Groupe francophone** Président : Professeur K. Bohoussou (Côte d'Ivoire)
 Rapporteur : Dr S. Kaba (Guinée)
- **Groupe trilingue** Président : Dr F. Songane (Mozambique)
 Rapporteur : Dr E. Traore (Bénin)

9. Les discussions techniques ne font pas partie des travaux du Comité régional. Cependant, le Président des discussions techniques présentera un rapport au Comité au titre du point 11 de l'ordre du jour (document AFR/RC50/1 Rév.3).

10. En séance plénière, les participants ont formulé les observations ci-après.

Succès

11. A la suite du lancement de l'Initiative pour la maternité sans risque en 1987, il y a eu une plus grande prise de conscience de la question des décès maternels, thème auparavant tabou. On s'est mieux rendu compte de l'ampleur du problème, dont les causes fondamentales ont été plus clairement identifiées et quantifiées. Certains aspects des activités liées à la maternité sans risque sont mis en oeuvre dans la plupart des pays; si la fréquentation des dispensaires prénatals s'est accrue, la qualité des soins a toutefois baissé presque partout. Dans l'ensemble, jusqu'ici les acquis sont fragmentaires et se limitent à certains pays. Il s'agit notamment de l'élaboration de politiques/protocoles/lignes directrices et la formation des agents de santé aux techniques permettant de sauver des vies dans le cadre des soins post-avortement, du développement des activités de planification familiale, de l'organisation de systèmes d'orientation-recours ainsi que de la formation et du recyclage des accoucheuses traditionnelles. Il faut d'autre part signaler que rares sont les pays où la communauté participe au financement de la prise en charge et au transport à l'hôpital des futures mères dans le besoin.

12. Dans un pays, les chefs d'une certaine communauté ont décidé d'abolir des pratiques traditionnelles nuisibles telles que les mariages précoces et les mutilations sexuelles féminines et d'encourager la scolarisation des filles.

Echecs et obstacles

13. Le groupe a recensé un grand nombre de facteurs qui ont compromis les progrès réalisés sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle. Ceux-ci ont été classés dans les catégories suivantes:

a) *Facteurs socio-économiques et politiques*

- Très grande misère des masses populaires en particulier chez des femmes;
- analphabétisme.
- statut socio-économique des femmes;
- incapacité de mettre en oeuvre les plans mondiaux au niveau des pays.
- perception d'une participation financière empêchant les femmes d'utiliser les services;
- décideurs ne tenant pas compte des points de vue de la communauté;
- Ressources insuffisantes par rapport à l'ampleur du problème;
- mondialisation aggravant le déséquilibre des termes de l'échange.

b) *Systèmes de santé*

- Incidence généralement faible des accouchements en institution;
- absence de mécanismes pour collecter les données sur les décès maternels dans les communautés;
- Faiblesse des programmes destinés aux accoucheuses traditionnelles du point de vue de la gestion, de l'appui et de la supervision;
- mauvaise répartition des agents de santé;
- attitude négative des agents de santé;
- faiblesse des systèmes de santé ne fournissant pas de soins obstétricaux essentiels, y compris les soins obstétricaux d'urgence;
- services ne mettant pas assez l'accent sur le suivi, l'évaluation et la supervision;
- on a trop privilégié la prévention (soins prénatals et planification familiale);
- les normes et protocoles nationaux ne sont pas suffisamment développés, actualisés ou utilisés là où ils existent.

c) Facteurs culturels

- Absence de participation masculine;
- manque généralisé de considération pour les besoins des femmes;
- persistance des pratiques traditionnelles nuisibles.

d) Autres facteurs

- Taux d'abandon élevés parmi les agents de santé;
- absence de volonté politique; alors que certains pays peuvent avoir de véritables problèmes de ressources, d'autres ne semblent pas étayer leurs déclarations d'affectations budgétaires correspondantes;
- Collaboration intersectorielle insuffisante;
- Inadéquation du cadre politique : législation et réglementations sur des questions telles que la sécurité des familles et l'avortement.

Recommandations et perspectives d'avenir

14. Au vu des succès, des échecs et des obstacles recensés ci-dessus, les groupes des Discussions techniques ont fait les recommandations suivantes à soumettre à l'examen du Comité régional :

Pour le gouvernement :

a) Engagement politique

- La réduction de la mortalité maternelle doit faire partie de la stratégie de lutte contre la pauvreté;
- il est essentiel d'améliorer l'alphabétisation, notamment chez les femmes;
- sur la base des recommandations du RC 49, les budgets alloués au secteur de la santé ne devraient pas être inférieurs à 15 % des budgets nationaux;
- les conflits devraient être résolus en raison de leurs effets indésirables, notamment sur les femmes;
- un cadre législatif destiné à améliorer le statut des femmes doit être mis en place;
- d'autres mécanismes prenant en compte les questions d'éthique devraient être institués pour pourvoir aux besoins des pauvres;
- il conviendrait de promouvoir une coopération et une collaboration étroites entre les pays en vue de partager l'information et les ressources limitées.

b) Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins

- Il faut renforcer les systèmes de santé pour améliorer les soins maternels et néonataux en perfectionnant les compétences des prestataires, en fournissant les matériels appropriés en quantité suffisante et prévoyant des mesures d'incitation pour retenir le personnel;
- il est impératif de recueillir des données fiables et de les utiliser, y compris celles tirées de recherches basées sur le district qui pourront servir à la formulation de politiques et de programmes;

- Vu la faible couverture des accouchements en institution, la formation, l'appui et la supervision des accoucheuses traditionnelles devront se poursuivre dans les pays qui disposent de ce type de personnel;
- les indicateurs pour le suivi et l'évaluation doivent être harmonisés;
- Il est impératif de prévenir les grossesses non planifiées, notamment chez les adolescentes.

c) *Participation des communautés*

- Il est impératif de faire participer les communautés à tout le processus de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation;
- la communication par radio et les transports ainsi que les initiatives communautaires doivent être renforcés;
- l'élimination des mutilations sexuelles féminines et d'autres pratiques traditionnelles nuisibles devrait être renforcée;
- il faudrait encourager la participation des hommes;
- les interventions IEC devraient être renforcées.

Pour l'OMS :

- Faciliter la mise en commun de l'information et des meilleures pratiques entre pays;
- harmoniser et coordonner les programmes, notamment dans le domaine de la formation et élaborer des normes;
- fournir un appui technique, un soutien financier et du matériel, par exemple pour les soins obstétricaux d'urgence.

Pour les partenaires dans le domaine du développement :

- Leur appui devrait être fondé sur les besoins des pays, par exemple renforcer les systèmes de santé plutôt que de se concentrer uniquement sur l'IEC et la mobilisation sociale;
- il est impératif de répercuter les avantages tirés de l'annulation de la dette sur les secteurs sociaux (santé et éducation);
- les prêts pour des projets sanitaires devraient être sans intérêts;
- les partenaires devraient collaborer dans le cadre de programmes coordonnés à l'échelon national.

Priorités régionales proposées

15. Puisque 75 % des décès maternels surviennent pendant l'accouchement et pendant l'accouchement et les heures qui suivent, il est nécessaire de mettre l'accent sur :

- les soins obstétricaux d'urgence, y compris la formation, le recyclage et la qualité des soins;
- la suppression des "trois délais", ce qui suppose des systèmes fonctionnels d'orientation-recours, avec communication par radio;
- la participation communautaire depuis le début du processus pour assurer la maîtrise des activités, la durabilité et l'efficacité;
- la collecte de l'information pour s'assurer que les interventions sont fondées sur des bases factuelles;
- l'autopsie verbale des décès maternels au niveau de la communauté et aux différents niveaux des soins, et des recherches pour améliorer la performance;
- la participation des hommes à toutes les activités;
- On devrait inclure la maternité sans risque dans les plans de développement.

Conclusion

16. Chaque pays devra élaborer son propre programme fondé sur des bases factuelles, en s'appuyant sur une vaste évaluation participative de la situation actuelle et des besoins de la communauté. Le niveau élevé d'injustice sociale qui prévaut dans la Région compromet le progrès et des efforts durables sont nécessaires pour réduire ce niveau.

GROUPE I

Pays/Organisation	Nom
1. Angola	Dr Augusto Rosa A. Neto
2. Angola	Dr Adelaïde de Carvalho
3. Bénin	Dr Esther Traoré
4. Bénin	Prof. E. Alihonou
5. Burundi	Dr Ntahobali Stanislas
6. Cameroun	Dr Basile Kolo
7. Cap-Vert	Dr Alicia Wahnon
8. Cap-Vert	Dr Rosa Lopes
9. République centrafricaine	Dr Emmanuel Ngembi
10. République centrafricaine	Dr Augustine Marthe Kirimat
11. Ethiopie	Mr Mequaneny Tesfu
12. Guinée-Bissau	Sr Ivonne Menezes Moreira
13. Guinée	Dr Naby Moussa Balde
14. Mozambique	Dr Martinho Dge Dge
15. Mozambique	Dr Francisco Songane
16. Nigeria	Dr Adenike A. Adeyemi
17. Rwanda	Dr Mucabo Maria
18. Rwanda	Dr Bucagu Maurice
19. Rwanda	Mr Jean Nyininkwaya
20. Afrique du Sud	Dr Roland Edgar Mhlanga
21. Zambie	Dr Gavin Silwamba
22. UNICEF	Dr El Abassi A.
23. OMS/Burkina Faso	Dr Francis Monet

GROUPE II

Pays/Organisation	Nom
1. Botswana	Dr Winnie G. Manyeneng
2. Erythrée	Dr Solomon Ghebreyesus
3. Gambie	Dr Yankuba Kassama
4. Ghana	Dr Henrietta Odoï-Agyarko
5. Kenya	Mrs Kandie
6. Kenya	Dr Njau J.N.
7. Lesotho	Dr M. Moteetee
8. Libéria	Dr Bernice Dahon
9. Malawi	Mrs N.O. Gama
10. Malawi	Dr Richard Pendame
11. Namibie	Ms E. K. Shihepo
12. Sierra Léone	Dr Noah Conteh
13. Swaziland	Dr John M. Kunene
14. Swaziland	Mr Doreen Dlamini
15. Tanzanie	Dr Theopista John
16. Ouganda	Dr Sam Okware

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 17. Zimbabwe | Dr Batsi Makunike |
| 18. Zimbabwe | Dr L. K. Shodu |
| 19. WAHO (OOAS) | Dr Kabba T. Joiwer |

GROUPE III

Pays/Organisation

Nom

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Burkina Faso | Prof. François Tall |
| 2. Burkina Faso/SAGO | Prof. Bibiane Koné |
| 3. Burkina Faso/ICM | Mme Thiombiano Brigitte |
| 4. Tchad | Dr Garba Tchang Salomon |
| 5. Côte d'Ivoire | Prof. Bohoussou Kovadio |
| 6. Côte d'Ivoire | Dr Aie-Tanoh Laure |
| 7. Côte d'Ivoire | Dr Koumandi Coulibaly |
| 8. Comores | Dr Toyb Mbaé |
| 9. République du Congo | Dr André Enzanza |
| 10. République du Congo | Dr Damase Bodzongo |
| 11. Guinée équatoriale | Dr Abia Nseng S. |
| 12. Guinée | Dr Séré Kaba |
| 13. Mauritanie | Dr Kane Amadou Racine |
| 14. Mali | Dr Salif Samaké |
| 15. Mali | Prof. Amadou Dolo |
| 16. Niger | Dr Karim Abdoulaye Maiga |
| 17. Niger | Dr Gagara Magagi |
| 18. Sénégal | Dr Adama Ndoye |
| 19. Togo | Dr Agbobli A. Eli |
| 20. OMS/Burkina Faso | Dr Azara Bamba |
| 21. OMS/AFRO | Dr Khadidiatou Mbaye |

Secrétariat de l'OMS

- | | |
|---------------------|---|
| Professeur B. Nasah | (|
| Dr Paul van Look | |
| Dr J. A. Kalilani | |
| Dr K. Mbaye | |
| Dr F. R. Zawaira | |
| Mme E. Hoff | |