# MNPI

**Un outil pour le plaidoyer en santé maternelle**

Indice des composantes du programme maternel et néonatal

# Sénégal

Chaque année dans le monde, plus de 500 000 femmes et filles meurent suite aux complications imputables à la grossesse et à l'accouchement. Plus de 99% de ces décès surviennent dans des pays comme le Sénégal. Et pourtant les décès maternels ne racontent qu'une partie de la vérité. En effet, pour chaque femme ou fille qui meurt de causes imputables à la grossesse, il existe environ 20 à 30 en plus qui souffriront d'invalidités à court et à long termes, telles que les fistules obstétricales, les ruptures utérines ou salpingite (voir encadré à la page 2).

Le taux de mortalité maternelle au Sénégal continue à être trop élevé, se situant à un niveau inacceptable. Les chiffres sur la mortalité maternelle varient grandement d'une source à l'autre et sont très controversés. D'après les meilleures estimations dont on dispose pour le Sénégal, environ 4 500 femmes et filles meurent chaque année suite aux complications imputables à la grossesse. De plus, chaque année, 90 000 à 135 000 femmes et filles sénégalaises souffrent d'invalidités causées par les complications lors de la grossesse et de l'accouchement.[1]

| Survol: Sénégal | |
|---|---|
| Nombre d'habitants, mi-2002 | 9,900,000 |
| Age moyen au premier mariage, toutes les femmes | 18 ans |
| Naissances avec aide de personnel qualifié | 47% |
| Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants d'une femme pendant sa vie) | 5,2 |
| Femmes qui ont eu des enfants avant l'âge de 20 ans | 43% |
| Enfants allaités exclusivement à des âges de moins de 6 mois | 13% |
| Utilisation de la contraception chez des femmes mariées, âgées de 15-49 ans , méthodes modernes | 8% |
| Politique liée à l'avortement, 2000 | Interdit ou permis uniquement pour sauver la vie de la femme |

Source: Population Reference Bureau – *2002 Women of Our World*; *The World Youth 2000*; 2002 *World Population Data Sheet*; et *1999 Breastfeeding Patterns in the Developing World* (voir http://www.worldpop.org/datafinder.htm).

La tragédie – et également l'espoir offert ainsi-c'est que la plupart de ces décès peuvent être évités à l'aide de services de soins de santé, efficaces par rapport aux coûts. Pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, il faut identifier et améliorer les services qui revêtent une importance critique pour la santé des femmes et des filles au Sénégal, notamment les soins prénatals, les soins obstétricaux d'urgence, des soins adéquats du post-partum pour les mères et les bébés ainsi que des services de planification familiale et de soins liés aux IST/VIH/SIDA. A cette fin, l'Indice des composantes du programme maternel et néonatal (MNPI) est un outil que les prestataires de soins de santé, les planificateurs de programmes et ceux chargés du plaidoyer dans le domaine de la santé de la reproduction peuvent utiliser pour :

- Evaluer les services actuels de soins de santé ;
- Cerner les points forts et les points faibles des programmes ;
- Mettre au point des stratégies pour combler les lacunes ;
- Encourager le soutien politique et communautaire pour l'adoption de mesures adéquates ; et
- Suivre les progrès dans le temps.

Les programmes de soins de santé pour améliorer la santé maternelle doivent être sous-tendus par de solides politiques, une formation pertinente des prestataires de soins de santé et des services logistiques qui facilitent la mise en œuvre de ces mêmes programmes. Une fois mis sur pied le programme de santé maternelle et néonatale, toutes les femmes et les filles doivent bénéficier du même accès à la gamme complète des services.

## Comprendre les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles

La mortalité maternelle est composée des décès causés par des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Ces complications peuvent se présenter pendant la grossesse ou lors de l'accouchement ou alors elles surviennent dans les 42 jours suivant l'accouchement. Pour chaque femme qui décède de ces causes, un nombre bien plus grand encore de femmes seront les victimes de traumatismes, d'infections et d'invalidités causés par les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, telles que les fistules obstétricales.[2] Toutefois, dans la plupart des cas, la mortalité et l'invalidité maternelles peuvent être prévenues à l'aide d'interventions sanitaires adéquates.[3]

L'hémorragie ou les saignements, l'infection, l'avortement à risques, les troubles liés à l'hypertension et le travail dystocique sont parmi les causes médicales directes de la mortalité maternelle. Il existe d'autres causes telles que la grossesse extra-utérine, l'embolie et les risques liés à l'anesthésie.[4] Des problèmes de santé tels que l'anémie, le diabète, le paludisme, les infections sexuellement transmissibles (IST) et d'autres affections augmentent le risque que court une femme de connaître des complications lors de la grossesse et de l'accouchement et, partant, ce sont des causes indirectes de mortalité et de morbidité maternelles. Vu que la plupart des décès maternels surviennent lors de l'accouchement et pendant la période du post-partum, les soins obstétricaux d'urgence, la présence d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement, les soins du post-partum et les moyens de transport pour se rendre dans un établissement sanitaire sont autant de volets nécessaires des stratégies visant à réduire la mortalité maternelle.[5] Mais souvent, il est difficile de trouver ces services dans les zones rurales et, par conséquent, il faudra prendre des mesures spéciales pour accroître la disponibilité des services dans ces régions.

Les mesures prises pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles doivent tenir compte de facteurs sociétaux et culturels qui influencent la santé des femmes et leur accès aux services. En effet, le faible statut des femmes au sein de la société, le fait qu'elles n'ont pas accès aux ressources et le manque de contrôle sur ces ressources, les faibles possibilités d'éducation, une nutrition inadéquate et le manque de pouvoir décisionnel sont autant d'obstacles qui pèsent de tout leur poids sur le dénouement de la grossesse. En outre, certaines lois et politiques, par exemple celles exigeant qu'une femme obtienne d'abord l'autorisation du mari ou des parents, peuvent également décourager les femmes et les filles d'aller consulter les services de santé nécessaires, surtout si ces services sont de nature délicate telle que la planification familiale, les services d'avortement ou le traitement des IST.

Les pratiques traditionnelles qui entraînent des répercussions négatives sur la santé maternelle sont notamment le mariage précoce et l'excision. Un grand nombre de femmes en Afrique subsaharienne se marient avant l'âge de 20 ans. Les grossesses chez les adolescentes dont le corps est encore en train de se développer posent des risques de santé tant pour la mère que son bébé.

L'excision est une pratique qui consiste à retirer une partie ou l'intégralité des parties génitales extérieures et/ou à recoudre et rétrécir l'ouverture vaginale (appelée infibulation). La pratique est courante dans certaines parties de l'Afrique et du Moyen-Orient. Elle subsiste pour des raisons sociales, culturelles, religieuses et personnelles dont le maintien de la tradition et des coutumes, le souci de l'hygiène ou de l'esthétique, l'honneur familial, le fait de vouloir contrôler la sexualité et les émotions des femmes et de protéger la virginité des femmes jusqu'au mariage.[6] Un grand nombre des femmes et des filles qui subissent la pratique de l'excision surtout le Type III ou infibulation connaissent des problèmes de santé tels que l'hémorragie, la douleur, l'infection, les déchirures périnéales et le traumatisme pendant l'accouchement. Elles ont également des problèmes psychologiques et sexuels.

Les conséquences de la mortalité et de la morbidité maternelles sont ressenties non seulement par les femmes mais également par leur famille et leur communauté. Les enfants qui ont perdu leur mère courent un plus grand risque de mourir ou de connaître d'autres problèmes tels que la malnutrition. La perte de femmes qui se trouvent dans leurs années les plus productives représente également une perte de ressources pour la société entière.

La maternité sans risques suppose que l'on reconnaisse et que l'on appuie les droits de la femme et de la fille à vivre une vie en bonne santé pendant laquelle elles exercent un contrôle sur les ressources et peuvent prendre les bonnes décisions pour leur santé et leur sécurité. Cela suppose que l'on soit au courant des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, que l'on fournisse un accès à des services de santé de haute qualité (services prénatals, soins obstétricaux, soins du post-partum, planification familiale, etc.) et que l'on supprime les pratiques nuisibles.

## L'Indice des composantes du programme maternel et néonatal

En 1999, environ 750 experts de la santé de la reproduction ont évalué et classé les services de santé maternelle et néonatale dans le cadre d'une évaluation menée dans 49 pays en développement.[7] Cette étude a notamment abouti à la formulation du MNPI, indice qui permet de faire un classement international et national des services pertinents. Utilisant une méthodologie éprouvée pour classer les programmes et les services[8], 10 à 25 experts dans chaque pays – connaissant les programmes de santé maternelle de leur pays sans toutefois être directement responsable de ces services – ont classé 81 aspects individuels des services de santé maternelle et néonatale sur une échelle allant de 0 à 5. Pour des raisons pratiques, chaque note ou classement a été multiplié par 20 pour obtenir un indice qui va de 0 à 100, avec 0 indiquant un faible classement et 100 indiquant un classement élevé.

Les 81 articles proviennent de 13 catégories, notamment :

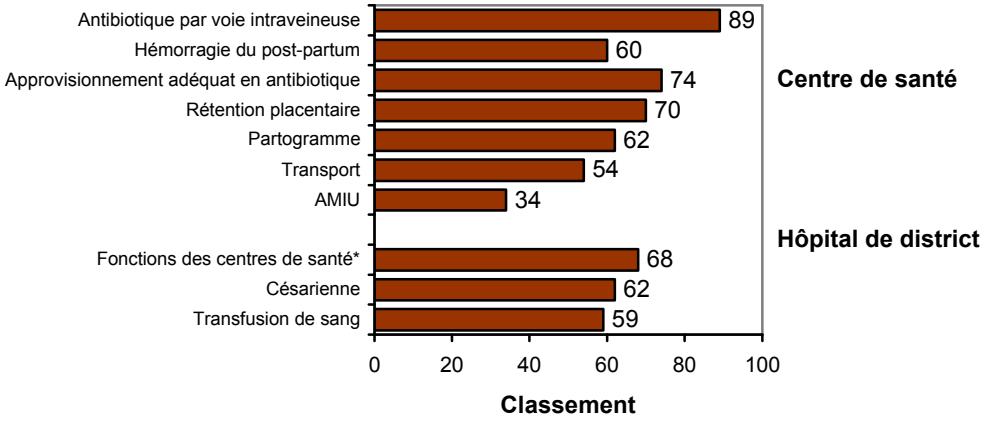
- Capacité des centres de santé ;
- Capacité des hôpitaux de district ;
- Accès aux services ;
- Soins prénatals ;
- Soins obstétricaux ;
- Soins du nouveau-né ;
- Services de planification familiale dans les centres de santé ;
- Services de planification familiale dans les hôpitaux de district ;
- Politiques relatives à la maternité et à l'accouchement sans risques ;
- Adéquation de ressources ;
- Promotion de la santé ;
- Formation du personnel ; et
- Suivi et recherche.

Les articles de ces catégories peuvent être regroupés en cinq types d'efforts du programme : capacité des services, accès, soins obtenus, planification familiale et fonctions de soutien. Les diagrammes suivants, organisés par type d'activités de programmes, présentent les indicateurs importants de l'étude du Sénégal.

# Capacité des services

Dans l'ensemble, la capacité de services au Sénégal en ce qui concerne les soins obstétricaux d'urgence a obtenu un classement de 63 sur 100. Le diagramme 1 indique les classements de la capacité des centres de santé et des hôpitaux de district en ce qui concerne la prestation de services spécifiques. L'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse (IV) (89) est le service qui est le plus disponible dans les centres de santé au Sénégal alors que le service le moins disponible concerne l'aspiration manuelle intrautérine (AMIU) pour les soins après avortement (34). Les hôpitaux de district ont obtenu un classement relativement élevé pour l'exécution de toute une gamme de fonctions des centres de santé (68) et la réalisation de césariennes (62). Les transfusions de sang (59) sont le service le moins disponible parmi ceux évalués dans les hôpitaux de district au Sénégal. Si d'une part, les services des centres de santé au Sénégal ont obtenu en général des classements plus élevés que les services dans d'autres pays de la région de l'Afrique francophone, d'autre part, les classements des hôpitaux de district étaient moyens.

**Diagramme 1: Capacité des services des centres de santé et des hôpitaux de district au Sénégal**

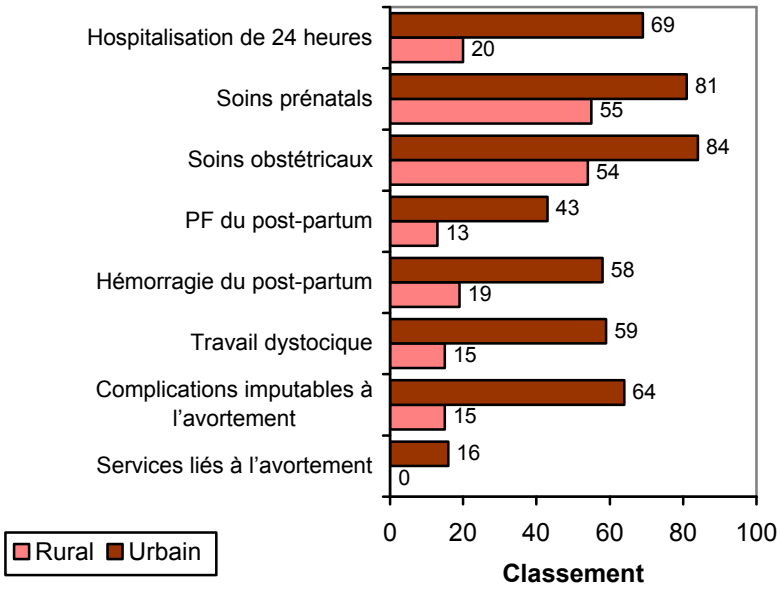



* Se rapporte à toutes les fonctions exécutées par le centre de santé

# Accés

Dans la plupart des pays en développement, l'accès aux services de la maternité sans risques dans les zones rurales est plus limité que dans les zones urbaines. La question est particulièrement pertinente pour le Sénégal puisque la majorité de sa population (57%) vit dans des zones rurales.[9] En général, le Sénégal a obtenu un classement de 41 pour l'accès avec une moyenne de 24 pour l'accès rural et de 59 pour l'accès urbain. Le diagramme 2 présente les classements de l'accès rural et urbain pour huit services. Certaines des disparités les plus prononcées entre l'accès rural et urbain se situent au niveau de l'hospitalisation de 24 heures (20 versus 69, respectivement), le traitement des complications imputables à l'avortement (15 versus 64) et les soins liés au travail dystocique (15 versus 59). Les classements de l'accès rural vont de zéro pour les services liés à l'avortement à 55 pour les soins prénatals – d'où une urgente nécessité d'élargir l'accès à toute une gamme de services. Même si on envisage l'accès urbain, la plupart des services n'ont obtenu que des classements modérés et il existe une grande marge d'améliorations possibles.

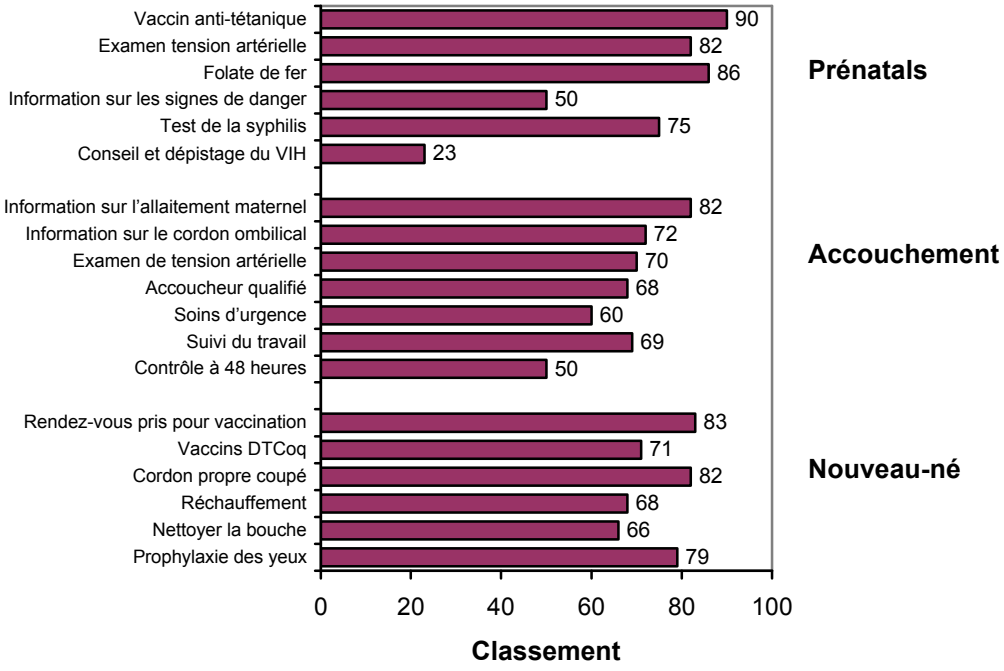
**Diagramme 2. Comparaison de l'accès aux services dans les zones rurales et urbaines au Sénégal**



# Soins reçus

Dans la plupart des pays, les soins du nouveau-né reçoivent un meilleur classement que les soins liés à l'accouchement ou les soins prénatals. La même chose s'applique au Sénégal. Dans l'ensemble, les soins reçus ont obtenu un classement de 70 : les soins du nouveau-né ont obtenu une moyenne de 75 alors que le chiffre était de 68 pour les soins prénatals et de 67 pour les soins liés à l'accouchement. Le diagramme 3 présente les indicateurs clés pour chaque type de soins. La présence d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement [10] est l'un des indicateurs les plus importants de la mortalité maternelle et cet élément a obtenu un classement de 68. Au titre des autres interventions d'importance capitale pour la réduction de la mortalité maternelle, on a les soins obstétricaux d'urgence et le contrôle à 48 heures du post-partum qui ont obtenu des classements de 60 et de 50 respectivement. Les conseils et le dépistage volontaires pour le VIH (23) ont obtenu le classement le plus faible et la vaccination antitétanique pour les femmes enceintes (90) a obtenu le classement le plus élevé.

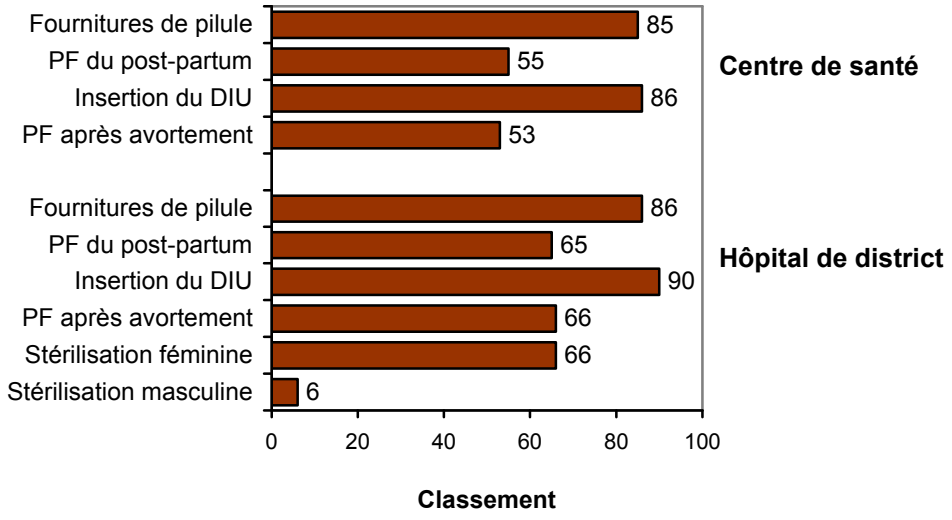
**Diagramme 3. Soins prénatals, lors de l'accouchement et du nouveau-né, reçus au Sénégal**



# Planification familiale

Dans l'ensemble, les services de planification familiales fournis par les centres de santé et les hôpitaux de district au Sénégal ont obtenu un classement de 68. Le diagramme 4 présente les classements pour les services de planification familiale dispensés par les centres de santé et les hôpitaux de district. Ces classements tiennent compte de la capacité de l'établissement, de l'accès aux services et des soins reçus. Aussi bien les centres de santé que les hôpitaux de district ont obtenu des classements relativement bons pour la fourniture de la pilule (85 et 86 respectivement) et l'insertion de DIU (86 et 90). La planification familiale après l'avortement (53) et la planification familiale du post-partum (55) étaient les services les moins bien classés pour les centres de santé alors que, dans les hôpitaux de district, c'est la stérilisation masculine (6) qui était le service avec le classement le plus faible.

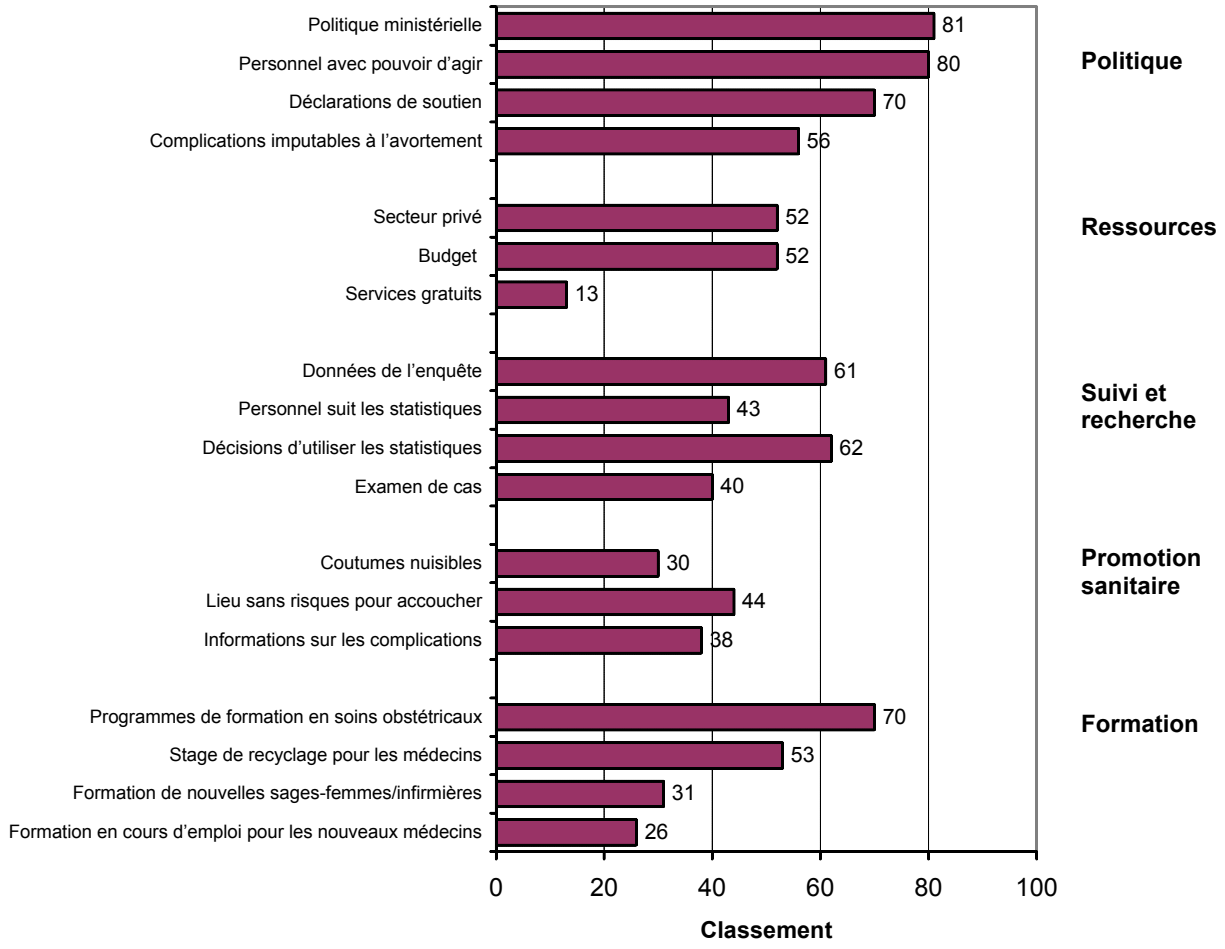
**Diagramme 4: Prestation de services de planification familiale dans les centres de santé et les hôpitaux de district au Sénégal**



# Fonctions de politiques et de soutien

Les politiques et fonctions de soutien au Sénégal ont obtenu un classement général de 50. Les classements pour les fonctions de soutien, indiquées sur le diagramme 5, concernent les catégories suivantes : politiques, ressources, suivi et recherche, promotion de la santé et formation. En ce qui concerne d'autres fonctions de soutien, ce sont les politiques qui ont obtenu les classements les plus élevés. La politique ministérielle au Sénégal relative à la santé maternelle a obtenu un classement relativement élevé de 81. Il s'agit toutefois de renforcer l'engagement face à cette politique par l'entremise de déclarations plus fréquentes à la presse et au public de la part de représentants de haut niveau – aspect de la politique qui n'a obtenu qu'un classement de 70. L'existence d'une politique sur le traitement des complications liées à l'avortement (56) était l'élément de politique avec le classement le plus faible.

**Diagramme 5 : Fonctions de politiques et de soutien au Sénégal**




Les politiques, même quand elles sont adoptées, ne se traduisent pas forcément par des services de haute qualité au niveau local. Il faut encore renforcer et améliorer un grand nombre de fonctions de soutien au Sénégal, notamment les ressources, le suivi et la recherche, la promotion de la santé et la formation. La disponibilité de services gratuits (13) est distancée par les ressources du secteur privé et le budget du gouvernement qui ont obtenu tous deux un classement de 52. Les classements indiquent également que le Sénégal doit améliorer ses capacités de suivi et de

recherche, surtout un système permettant aux hôpitaux d'examiner chaque cas de décès maternel qui survient dans un hôpital afin d'apprendre ce qui peut être fait pour l'éviter (40).

La promotion sanitaire et l'éducation du public sont des volets complémentaires importants de la prestation de services de santé maternelle. Une attention doit être accordée à des thèmes tels que les coutumes nuisibles (30), les complications liées à la grossesse (38) et des structures adéquates pour un accouchement sans risques (44). Il faudrait faire appel aux mass-médias pour éduquer le public à propos de la grossesse et de l'accouchement et les organisations communautaires soutiendront de telles activités par l'intermédiaire de programmes systématiques.

Enfin, l'éducation et la formation de professionnels de la santé fait partie intégrante de la prestation de soins de qualité ainsi que de la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles. Les classements montrent que certains programmes de formation pratique ont été mis au point (70) mais en généralement la formation est faible au Sénégal, surtout en ce qui concerne la formation en cours d'emploi pour les médecins nouvellement recrutés (26).

# Comparaisons mondiales

En général, les experts ont donné aux services de santé maternelle et néonatale au Sénégal un classement de 59, comparé à une moyenne de 56 pour les 49 pays qui ont participé à l'étude MNPI. Ce classement place les services au Sénégal au 19$^{e}$ rang parmi les 49 pays qui ont participé à l'étude. Parmi les huit pays étudiés en Afrique francophone[11], le Sénégal se situe au troisième rang. Certes, il faut procéder avec une certaine circonspection lorsqu'on fait des comparaisons entre pays – vu la nature subjective des opinions des experts et des évaluations dans les différents pays – mais il n'en reste pas moins que ces comparaisons peuvent aider les responsables du plaidoyer et les prestataires des soins de santé maternelle au Sénégal à cerner et délimiter le domaines de mesures prioritaires. Il est également important de se rappeler que les moyennes de classement peuvent masquer des différences d'une province à l'autre dans un même pays.

Le tableau 1 compare les classements du Sénégal aux moyennes mondiales pour neuf éléments choisis du MNPI. Le tableau montre que les classements du Sénégal pour les services de santé maternelle et néonatale sont inférieurs à la moyenne mondiale. Les différences entre l'évaluation mondiale et le Sénégal concernent l'accès rural aux services de maternité sans risques (39 versus 24), l'accès urbain (68 versus 59), et les conseils et dépistage volontaires pour le VIH (30 versus 23). Le Sénégal a un classement nettement meilleur que la moyenne mondiale sur le plan de la politique de santé maternelle (81 versus 72 respectivement) ainsi que la promotion de l'allaitement maternel (82 versus 74). Les classements les plus élevés au Sénégal concernent la promotion de l'allaitement maternel (82), la politique de santé maternelle (81) et les vaccinations (81). Les indicateurs qui ont reçu les classements les plus faibles – et qui ont probablement nécessitent une attention urgente – sont l'accès rural aux services de maternité sans risques (24), les conseils et le dépistage volontaires du VIH (23).

**Tableau 1: Comparaison entre les classements MNPI à l'échelle mondiale et au Sénégal pour des éléments choisis, 1999**

| Indicateurs de Services maternels et néonatals | Evaluation mondiale (Moyenne de 49 pays) | Sénégal |
|---|---|---|
| Accès aux services de la maternité sans risques pour les femmes enceintes* | | |
| Accès rural | 39 | 24 |
| Accès urbain | 68 | 59 |
| En mesure de recevoir des soins | 55 | 60 |
| A reçu un rendez-vous pour le contrôle du post-partum à 48 heures | 41 | 50 |
| Vaccinations** | 76 | 81 |
| A recommandé de commencer immédiatement l'allaitement maternel | 74 | 82 |
| A offert conseils et dépistages volontaires du VIH | 30 | 23 |
| Planification familiale après avortement | 54 | 60 |
| Politique de santé maternelle | 72 | 81 |
| Ressources budgétaires adéquates | 48 | 52 |
| **Classement général** | **56** | **57** |

* Se rapporte aux classements composites pour tous les éléments de l'accès rural et urbain
** Se rapporte au classement composite de trois éléments relatifs aux vaccinations : vaccination anti-tétanique de la mère, vaccinations DTCoq et rendez-vous pour autres vaccinations.

# Récapitulatif

Le MNPI pour le Sénégal indique que le pays compte une politique nationale relativement solide concernant la santé maternelle. En outre, il existe certains plans et programmes de formation. A présent, le pays doit s'efforcer d'élargir l'accès à des services de haute qualité et à des programmes au niveau local. Les classements montrent que les femmes ont en général un accès raisonnable à certains types de services dont les soins du nouveau-né (injection antitétanique) et aux méthodes de planification familiale (par exemple, la pilule, insertion du DIU). Il existe toutefois de vastes disparités entre l'accès rural et urbain pour de nombreux services. De plus, dans toutes les régions, les femmes nécessitent un meilleur accès à des soins obstétricaux améliorés y compris des soins qualifiés lors de l'accouchement, des contrôles du post-partum dans les 48 heures qui suivent l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence. Comme dans la plupart des pays en développement, les services de soins de santé maternelle et néonatale au Sénégal ne disposent pas de ressources suffisantes, tant dans le secteur privé que public et cette situation empêche d'étendre à plus grande échelle les programmes en vue de répondre adéquatement aux besoins des femmes.

## Domaines de mesures prioritaires

Les interventions suivantes ont fait leurs preuves et ont permis d'améliorer la santé maternelle et néonatale et elles devraient être envisagées au Sénégal pour renforcer les politiques et les programmes de santé maternelle et néonatale.

***Elargir l'accès à la santé de la reproduction, à la santé sexuelle et aux services de planification familiale, surtout dans les zones rurales.*** Les taux de décès maternel sont plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines à cause du manque d'accès aux soins dans les régions rurales. De plus, un grand nombre d'hommes et de femmes dans les zones rurales et urbaines n'ont pas accès à l'information et aux services se rapportant au VIH/SIDA et aux autres IST.

***Renforcer les politiques de la santé de la reproduction et de la planification familiale et améliorer la planification et l'affectation de ressources.*** Si les classements MNPI montrent que de nombreux pays disposent de solides politiques de santé maternelle, la mise en œuvre de ces politiques par contre laisse souvent à désirer. En effet, les ressources disponibles sont souvent insuffisantes ou alors utilisées de manière peu efficace. Dans certains cas, les activités de plaidoyer peuvent renforcer les politiques et augmenter le niveau de ressources octroyées à la santé de la reproduction et à la planification familiale. Dans d'autres cas, il faudra supprimer des barrières au niveau des politiques opérationnelles – barrières entravant la mise en œuvre et le financement intégral des politiques de santé de la reproduction et de planification familiale.

***Elargir l'accès et l'éducation en matière de planification familiale.*** La prestation de services de planification familiale est une autre caractéristique jouant un rôle très important au niveau de la prévention de la mortalité maternelle. En effet, la planification familiale aide les femmes à éviter des grossesses non souhaitées et à espacer les naissances de leurs enfants et, partant, elle réduit leurs risques liés à la grossesse, à l'avortement et à l'accouchement. La prestation fiable de toute une gamme de méthodes contraceptives peut aider à prévenir les décès maternels imputables à des grossesses non souhaitées.

***Elargir l'accès à des services prénatals de haute qualité.*** De services prénatals de haute qualité signifient notamment dépistage et traitement des IST, prise en charge de l'anémie ainsi que dépistage et traitement de l'hypertension. Les femmes doivent recevoir des informations concernant le bon régime alimentaire et d'autres pratiques les maintenant en bonne santé et doivent savoir où elles peuvent se rendre pour obtenir des services en cas de complications liées à la grossesse. Les services prénatals, tels que recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, peuvent être dispensés durant quatre visites prénatales tout au long de la grossesse.

***Elargir l'accès à des soins qualifiés lors de l'accouchement.*** L'accouchement est un moment d'importance critique et, parfois, des décisions doivent être prises rapidement en cas de complications imprévues et graves. Les accoucheurs (ou accoucheuses) qualifiés – à savoir des professionnels de la santé tels que médecins ou accoucheuses- savent reconnaître ces complications et soit traiter soit orienter immédiatement les femmes vers des centres de santé ou des hôpitaux, si des soins de nature plus avancée s'avèrent nécessaires. Les femmes dans les zones rurales vivent loin des établissements qui dispensent des soins obstétricaux d'urgence et, par conséquent, toute amélioration de leur prise en charge dépend de la reconnaissance, à un stade précoce, des complications, d'un meilleur traitement d'urgence et d'une logistique améliorée pour amener rapidement dans les hôpitaux de district les femmes souffrant de complications. En effet, une couverture médicale élargie des accouchements, à l'aide d'un personnel qualifié plus nombreux dans les formations sanitaires, est une condition de base indispensable pour améliorer les soins obstétricaux. Un approvisionnement fiable et des programmes de recyclage du personnel sont également des volets essentiels.

***Fournir rapidement des soins du post-partum, des conseils et des services de planification familiale.*** Il est important de dépister et de prendre en charge immédiatement des problèmes qui peuvent se présenter après l'accouchement tels que l'hémorragie qui est la cause de 25% environ de décès maternels dans le monde. Les soins et conseils lors du post-partum aident à maintenir en bonne santé le nouveau-né. Lors des séances de counseling (conseils), des informations seront données sur l'allaitement maternel, les vaccinations et la planification familiale.

***Améliorer les soins après avortement.*** Environ 13% des décès maternels dans le monde sont imputables à un avortement à risques. Les femmes qui souffrent de complications liées à l'avortement ont besoin d'un traitement rapide et de haute qualité pour l'infection, l'hémorragie et les traumatismes/blessures du col et de l'utérus.

***Renforcer les activités de promotion sanitaire.*** On peut utiliser les mass-médias pour éduquer le public en matière de grossesse et d'accouchement et les organisations communautaires peuvent aider à ce niveau par l'intermédiaire de programmes systématiques. Le Ministère de la Santé devrait fournir du matériel éducatif pertinent concernant les pratiques sans risques. Il s'agit en effet d'une mesure importante pour la promotion sanitaire pour éviter les répercussions négatives pour la santé maternelle.

## Pour de plus amples informations

Un ensemble complet de résultats, y compris des données et informations détaillées, a déjà été envoyé à chacun des pays participants. Pour de plus amples informations, prière de contacter :

The Maternal Health Study (MNPI)
Futures Group
80 Glastonbury Blvd.
Glastonbury, CT 06033 USA
Email: J.Ross@tfgi.com
Fax: J.Ross +1 (860) 657-3918
Internet: http://www.futuresgroup.com

Ce résumé d'orientation a été préparé par le Projet POLICY. POLICY est financé par l'USAID et mis en œuvre par le Futures Group, en collaboration avec le Centre for Development and Population Activities (CEDPA) et le Research Triangle Institute (RTI).

# Références

[1] La source utilisée pour calculer ces fourchettes proviennent de l'estimation de 1995 OMS/UNICEF/FNUAP sur la mortalité. Voir Hill, K.C. AbouZahr et T.Wardlaw. 2001. "Estimates of Maternal Mortality for 1995." *Bulletin of the World Health Organization 79* (3): 182-193.

[2] Les fistules obstétricales surviennent suite à un travail prolongé et dystocique, encore compliqué davantage par les marques et cicatrices de l'excision. La pression causée par un travail dystocique abîme les tissus internes de la vessie et/ou du rectum et, si elle ne bénéficie d'une intervention chirurgicale, la femme risque de rester incontinente à vie, incapable de garder l'urine ou les matières fécales qui s'écoulent par le vagin. (Communiqué de presse du PNUAP, juillet 2001)

[3] MEASURE Communication 2000. *Making Pregnancy and childbirth Safer.* (Policy Brief) Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible à http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=2824

[4] Organisation mondiale de la Santé. 2001. Advancing Safe Motherhood through Human Rights. Disponible à *http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/RHR_01_05_table_of_contents_en.html*

[5] Dayaratna, V., W. Winfrey, K. Hardee, J. Smith, E, Mumford, W. McGreevey, J.Sine et R. Berg. 2000. *Reproductive Health Interventions: Which ones Work and What Do They Cost ? (*Document numéro 5 de la série périodique) Washington, DC: Projet POLICY. Disponible à http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-05.pdf

[6] Population Reference Bureau. 2001. *Abandoning Female Genital Cutting: Prevalence, Attitudes, and Efforts to End the Practice*. Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible à l'adresse suivante : http://www.prb.org/pdf/ AbandoningFGC_Eng.pdf

[7] Le MNPI a été réalisé par le Futures Group et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) par l'entremise du Projet MEASURE Evaluation. Pour de plus amples informations sur le MNPI, voir Bulatao, R.A., et John A.Ross. 2000. *Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries.* Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation Project, University of North Carolina, Carolina Population Center.

[8] Cette méthodologie pour classer les politiques et les programmes a été mise au point au départ pour la planification familiale. Elle a également été utilisée pour le VIH/SIDA. Voir Ross, J.A., et W.P. Mauldin. 1996. « Family Planning Programs : Efforts and Results, 1972-1994. » *Studies in Family Planning 27 (3) :* 137-147. Voir également ONUSIDA, USAID et le Projet POLICY. 2001. « Measuring the Level of Effort in the National and International Response to HIV/AIDS : The AIDS Program Effort Index (API). » Genève : ONUSIDA.

[9] Population Reference Bureau. 2002. *2002 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible à l'adresse suivante http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Datasheets/wpds2002/2002_World_Population_Data_Sheet.htm

[10] Dans l'instrument de l'enquête MNPI, le terme « qualifié » a été utilisé car il est concret pour le répondant alors que « compétent » est plus subjectif. Pour répondre à des questions sur le niveau de compétence, le répondant doit être en mesure de juger la qualité probable de la formation originale et la perte de compétences dans le temps. Certes, la maîtrise des compétences est généralement plus importante mais elle introduit plus de subjectivité dans les données et, à toutes fins pratiques, les compétences n'ont pas été mesurées.

[11] Les pays de l'Afrique francophone compris dans cet indice sont les suivants: Bénin, Congo, République démocratique du Congo, Guinée, Madagascar, Mali, Rwanda, et Sénégal.