

UNE INTERVENTION PRESSANTE :

DISPENSER DES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE ET DES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

Mise à jour avec rétroinformation technique de décembre 2012

Introduction

Les femmes courent partout un risque en donnant naissance. Au niveau mondial, environ 15 pour cent de toutes les femmes souffrent durant l'accouchement, de complications qui peuvent menacer leur vie faute d'une gestion rapide et appropriée. Dans la plupart des cas, il est possible d'éviter le décès parce que les complications peuvent être identifiées dès le début de la grossesse (visites prénatales) et durant le travail (partographie), quand la femme enceinte recherche l'assistance de professionnels qualifiés et peut recevoir des soins obstétricaux d'urgence. Il peut s'agir d'administration de médicaments ou d'extraction du fœtus, d'une césarienne ou des transfusions sanguines.



L'absence de ces soins en de nombreux pays est une raison capitale pour laquelle les femmes et les nouveau-nés continuent de mourir en nombre inacceptablement élevé. Chaque jour, près de 800 femmes, presque toutes dans les pays en développement, meurent durant la grossesse et l'accouchement¹. La plupart de ces décès pourraient être évités. D'autre part, pour chaque femme qui meurt, 20 femmes environ souffrent de maladies ou d'une invalidité à long terme, par exemple : fistule obstétricale, prolapsus utérin, anémie ou stérilité².

Sauver la vie des femmes et des bébés exige deux stratégies complémentaires. La première est de prévenir les grossesses non désirées en assurant l'accès universel aux contraceptifs modernes. La seconde consiste à donner à toutes les femmes enceintes la possibilité d'accoucher dans des centres de santé bien équipés avec l'assistance de professionnels de santé qualifiés, notamment sages-femmes, infirmières et médecins formés à dispenser des soins obstétricaux d'urgence en cas de complications. Mais, dans beaucoup des pays les plus pauvres du monde, les femmes n'ont pas accès à ces soins d'importance critique. Les femmes pauvres habitant des zones reculées sont celles qui ont le moins de chances d'atteindre un centre de santé ou de bénéficier d'une assistance qualifiée en cas d'urgence durant la grossesse et l'accouchement. Si les régions en développement dans leur ensemble ont progressé ces dernières années s'agissant d'améliorer l'accès des femmes aux soins de santé maternelle aussi bien classiques que d'urgence, de grandes inégalités subsistent selon les régions, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud étant les plus défavorisées³. L'expérience montre que des progrès sont réalisables en matière de soins obstétricaux d'urgence et de soins aux nouveau-nés, même dans les milieux les plus pauvres, du moment que l'engagement politique et financier existe. Il est nécessaire d'accroître l'investissement pour mettre ces services qui sauvent la vie à la portée de toutes les femmes.

Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, l'épidémie est susceptible d'entraver la réduction de la mortalité maternelle. Un aspect critique de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales consiste à assurer la prévention du VIH avant la grossesse dans toutes les communautés et tous les foyers ainsi que l'accès à l'information et à la prévention de la transmission mère-enfant durant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum pour les femmes enceintes, infectées ou non infectées, et leurs bébés.

Qu'est-ce que les soins obstétricaux d'urgence et les soins aux nouveau-nés ?

Les soins d'urgence élémentaires et les soins aux nouveau-nés peuvent être dispensés au premier niveau si un professionnel qualifié est présent dans le centre de santé, et ce sont :

- L'administration d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsifs afin de contrôler la perte de sang, les infections et les convulsions ;
- L'enlèvement du placenta à la main ;
- L'enlèvement de ce qui reste dans l'utérus après une fausse couche ou un avortement ;
- L'assistance durant l'accouchement, à l'aide d'un extracteur par ventouse ou d'un forceps ; et
- La réanimation du nouveau-né.

L'ensemble complet des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés, généralement dispensés dans les hôpitaux de district, comprend toutes les fonctions de base ci-dessus et, en outre, la chirurgie obstétricale (césarienne, en particulier), les transfusions de sang sans danger et les soins aux nouveau-nés malades ou accusant une insuffisance pondérale.

Source: *Monitoring emergency obstetric care, a handbook.*



La situation actuelle

Plus de 80 pour cent des décès maternels au niveau mondial sont dus à cinq causes directes :

abondante perte de sang, infections, hypertension artérielle durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie), avortement pratiqué dans des conditions dangereuses et arrêt du travail. La majorité de ces complications sont imprévisibles, mais peuvent être prévenues ou traitées efficacement par des agents sanitaires qualifiés dans des centres disposant de l'équipement voulu⁴.

Les centres de santé dispensant l'éventail complet des soins obstétricaux d'urgence sont en

nombre très insuffisant. Une étude portant sur 2,7 millions d'accouchements à travers sept pays en développement a établi qu'un tiers seulement des femmes qui avaient besoin de soins susceptibles de leur sauver la vie en cas de complications les avaient reçus⁵.

Femmes et nourrissons courent le plus grand risque de décès durant le travail et l'accouchement⁶.

En Afrique subsaharienne, où les ratios de mortalité maternelle sont les plus élevés, seulement 46 pour cent des femmes bénéficient de l'assistance d'une sage-femme qualifiée, d'une infirmière ou d'un médecin durant l'accouchement⁷.

Une abondante perte de sang est la cause majeure de mortalité maternelle⁸. Cette complication peut tuer une femme en moins de deux heures, de sorte que la prévention de la perte de sang durant l'accouchement (ocytociques), l'enlèvement du placenta à la main, une transfusion de sang et/ou une évacuation d'urgence rapide, sont absolument nécessaires pour sauver la vie d'une femme⁹. Si la femme donne naissance dans un centre de santé, des soins et le transport peuvent être organisés en temps voulu pour lui sauver la vie. Si la femme donne naissance sans aucune assistance, elle risque de mourir d'une hémorragie (perte de sang).

L'arrêt du travail, quand il est identifié en temps utile par la surveillance systématique de son déroulement (partographie) et quand la femme peut être transportée dans un centre de soins obstétricaux d'urgence et de soins aux nouveau-nés (EmONC) où une extraction par ventouse, par l'utilisation d'un forceps ou par césarienne sont possibles, elle et son bébé ont de bonnes chances de survivre sans complication (fistule obstétricale).

Les trois retards

Il est capital d'intervenir en temps utile pour prévenir les décès et invalidités maternels. Bien qu'une hémorragie après l'accouchement puisse tuer une femme en moins de 2 heures, dans la plupart des complications, une femme dispose de 6 à 12 heures au moins pour obtenir les soins d'urgence qui lui sauveront la vie. De même, la plupart des décès périnataux surviennent durant le travail et l'accouchement, ou dans les 48 heures qui suivent.

Le modèle des "trois retards" est un instrument utile pour déterminer ce qui empêche les femmes de recevoir des soins en temps voulu et pour concevoir les interventions permettant de faire face à ces obstacles. Les trois retards sont les suivants :

- Retard dans la décision de rechercher des soins
- Retard dans l'arrivée au centre de santé approprié
- Retard dans l'administration des soins au centre de santé

Les deux premiers "retards" portent sur l'accès d'une femme aux soins, englobant des facteurs qui dépendent de la famille et de la communauté, notamment le transport. Le troisième "retard" concerne des facteurs qui interviennent au centre de santé, notamment la qualité des soins. Il faut remédier à ces trois retards pour sauver des vies de femme.

Source: Site web de l'UNFPA, "Emergency Obstetric Care."

Le risque d'une femme, calculé sur la durée de vie, de mourir du fait de la grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 52 dans les pays les moins développés contre 1 sur 4 700 dans les pays développés¹⁰. Il existe aussi de fortes inégalités à l'intérieur de chaque pays, les femmes pauvres, rurales et sans instruction courant un plus grand risque que les femmes de condition plus élevée et vivant en zone urbaine¹¹.

La césarienne compte parmi les soins obstétricaux et les soins aux nouveau-nés d'urgence. Dans de nombreux pays, le nombre de césariennes pratiquées est inférieur à ce qu'il devrait être, soit 5 pour cent au moins des accouchements selon les évaluations de l'Organisation mondiale de la santé. Dans l'ensemble des pays en développement, le nombre de césariennes pratiquées en milieu rural est inférieur de plus des deux tiers à ce nombre en milieu urbain¹². À cela s'ajoute le problème de la qualité des soins dans les pays en développement, où les césariennes peuvent être pratiquées trop tard ou de manière inadéquate.

Selon les évaluations, 2 millions de femmes en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et dans la région des pays arabes sont atteintes d'une fistule obstétricale, trou entre le vagin et la vessie ou le rectum dû à un travail prolongé – souvent pendant des jours – en l'absence de tout traitement. Généralement, le bébé meurt. Parce que la fistule provoque un écoulement d'urine et/ou de matières fécales par le vagin, elle entraîne isolement social, dépression et pauvreté accrue. Si elle n'est pas traitée, la fistule peut conduire à des problèmes médicaux chroniques. Comme la mortalité maternelle, la fistule est presque entièrement évitable et sa persistance est un signe que les systèmes de santé ne répondent pas aux besoins des femmes¹³.

Dans l'ensemble des régions en développement, la proportion d'accouchements bénéficiant de l'assistance d'un personnel sanitaire qualifié est passée de 55 pour cent en 1990 à 65 pour cent en 2009. Néanmoins, la couverture reste faible en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, et les femmes pauvres ont moins de chances de bénéficier d'une assistance¹⁴.

Santé maternelle et santé néonatale sont étroitement liées. Chaque année, plus de 3 millions de nouveau-nés meurent¹⁵. Entre un quart et un tiers de tous les cas de mortalité néonatale surviennent dans les 24 heures qui suivent la naissance. Les trois quarts surviennent durant la première semaine¹⁶.

La pauvreté et les obstacles liés à l'inégalité des sexes empêchent de nombreuses femmes d'avoir accès à un traitement d'urgence quand elles en ont besoin. Les femmes n'ont parfois aucun contrôle sur les ressources financières ou le transport et dépendent ainsi de leur mari et de leur famille concernant la



LA COUVERTURE RESTE FAIBLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET EN ASIE DU SUD, ET LES FEMMES PAUVRES ONT MOINS DE CHANCES DE BÉNÉFICIER D'UNE ASSISTANCE.



mobilité et l'accès aux services de santé. Quand une urgence survient, elles n'ont pas toujours les ressources ni l'autorité nécessaires pour gagner un centre de santé¹⁷.

L'absence de soins qualifiés constitue un obstacle capital au progrès. Au niveau mondial, il existe une pénurie d'agents de santé qualifiés. Selon les évaluations de l'Organisation mondiale de la santé, il faudrait 330 000 sages-femmes de plus pour que toutes les mères aient accès à une assistance qualifiée lors de l'accouchement¹⁸.

Que faut-il faire ?

L'expérience montre que même dans les pays les plus pauvres, la mortalité maternelle peut être très sensiblement réduite s'il existe la volonté politique et le financement approprié. En outre, il est essentiel de disposer de données fiables pour évaluer la situation, orienter les stratégies et suivre les progrès. Ceci implique les impératifs ci-après : (1) dénombrer absolument tous les décès maternels, aux niveaux communautaire et hospitalier ; (2) les signaler et tous les analyser avec les communautés (autopsie verbale) et les professionnels (examen des décès maternels) pour déterminer les causes de chaque décès maternel afin de mettre le doigt sur les obstacles qui empêchent les femmes de recevoir l'assistance appropriée dont elles ont besoin; et, (3) remédier à ces obstacles et contrôler les progrès. Partout dans le monde, les données prouvent qu'un investissement dans des soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité peut réduire sensiblement le nombre de décès et d'invalidités maternels et néonataux évitables.

Les soins obstétricaux d'urgence exigent un personnel qualifié et une infrastructure adéquate des soins de santé, notamment médicaments, fournitures et accès à un transport fiable et rapide. L'objectif à long terme, est que tous les accouchements soient pratiqués dans des centres de santé appropriés, comme c'est le cas dans tous les pays qui ont réussi à réduire sensiblement leur taux de mortalité maternelle. Entre temps, avant que soit atteint cet objectif à long terme, l'accès universel aux soins obstétricaux d'urgence et aux soins pour nouveau-nés signifie que toutes les femmes et tous les nouveau-nés souffrant de complications doivent avoir accès à des centres pleinement fonctionnels, par exemple un hôpital de district ou une maternité. Les centres de santé existants peuvent souvent, au prix de quelques changements seulement, être modernisés de manière à dispenser des soins obstétricaux d'urgence et des soins aux nouveau-nés¹⁹. Les communautés jouent aussi un rôle critique en contribuant à la gestion des centres de santé, en mettant en place des réseaux de transport d'urgence, en suivant la qualité des soins et en créant des comptes d'épargne de communauté auxquels recourir en cas d'urgence.



LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE EXIGENT UN PERSONNEL QUALIFIÉ ET UNE INFRASTRUCTURE ADÉQUATE DES SOINS DE SANTÉ, NOTAMMENT MÉDICAMENTS, FOURNITURES ET ACCÈS À UN TRANSPORT FIABLE ET RAPIDE.



Un nombre croissant de pays promeuvent des politiques de soins gratuits couvrant la santé maternelle et néonatale, les soins obstétricaux d'urgence et aux nouveau-nés ou, parfois, seulement pour les césariennes. Ces stratégies exigent la mobilisation de ressources suffisantes et durables, ainsi qu'un strict suivi et évaluation, afin de réduire au minimum les effets adverses possibles et d'assurer aux populations pauvres et marginalisées un accès effectif aux services.

Il est particulièrement important de veiller à la qualité des EmONC et de les rendre effectifs 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les mécanismes de supervision, des systèmes d'achat efficaces, le déploiement, la rétention du personnel et l'appui à celui-ci constituent aussi des facteurs critiques pour garantir cette qualité.

Les bénéfices de l'action

Une satisfaction totale des besoins en matière de planification familiale et de soins de santé maternelle, notamment des soins obstétricaux d'urgence et aux nouveau-nés chaque fois que nécessaires, réduirait d'environ deux tiers la mortalité maternelle²⁰. Les gains les plus nets seraient enregistrés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud²¹.

La modernisation des systèmes de santé, en permettant de répondre aux urgences obstétricales, améliorerait aussi leurs interventions face à d'autres besoins médicaux d'urgence. Pour prévenir les décès maternels et néonataux, il faut que les centres de santé disposent des fournitures et de l'équipement nécessaires pour faire face aux complications qui menacent la vie. Il faut aussi que les professionnels de la santé soient bien formés et capables d'intervenir 24 heures sur 24. Cette préparation rend les systèmes de santé mieux en mesure de faire face aux autres urgences médicales²².

En répondant à la nécessité d'améliorer les soins de santé maternelle et néonatale et la planification familiale, on diminuerait de moitié le nombre des nouveau-nés qui meurent chaque année. La santé de la mère est très étroitement liée à celle des bébés, et le décès d'une mère a pour ses enfants de graves conséquences d'ordre sanitaire, social et économique²³.

Pour le développement social et économique, il est capital de réduire la mortalité et l'invalidité maternelles et d'améliorer la santé procréative des femmes. Avec des grossesses saines et planifiées, filles et femmes sont mieux en mesure de mener leur éducation à terme, d'occuper un emploi productif et de contribuer au progrès social et économique de leurs communautés et nations.

UNE SATISFACTION TOTALE
DES BESOINS EN MATIÈRE DE
PLANIFICATION FAMILIALE
ET DE SOINS DE SANTÉ
MATERNELLE, NOTAMMENT
DES SOINS OBSTÉTRICAUX
D'URGENCE ET AUX
NOUVEAU-NÉS CHAQUE
FOIS QUE NÉCESSAIRES,
RÉDUIRAIT D'ENVIRON
DEUX TIERS LA MORTALITÉ
MATERNELLE.



Que fait l'UNFPA?

L'UNFPA agit à de nombreux niveaux et avec de multiples partenaires pour rendre plus largement accessibles les soins obstétricaux et aux nouveau-nés. Il fournit des données de base pour inspirer des politiques et programmes fondés sur les faits, il plaide pour des réformes des systèmes de santé, modernise les centres de santé et mobilise les communautés afin de les préparer aux urgences obstétricales et d'y répondre.

En partenariat avec l'UNICEF et le programme *Averting Maternal Deaths and Disability* de l'Université Columbia, l'UNFPA a prêté appui à plusieurs évaluations des besoins en matière de soins obstétricaux d'urgence et aux nouveau-nés dans des pays où les taux de mortalité maternelle sont élevés. L'UNFPA reconnaît que, pour sauver la vie des femmes, il faut remédier aux inégalités sociales, économiques et entre les sexes qui empêchent femmes et filles de prendre des décisions indépendantes pour préserver leur santé, par exemple pour décider de se rendre dans un centre de santé en cas de complications durant l'accouchement. Depuis plus de 30 ans, l'UNFPA est à l'avant-garde du plaidoyer pour les femmes, de la promotion des réformes législatives et politiques et de la collecte de données tenant compte des différences entre les sexes, ainsi que du soutien aux projets qui améliorent la santé des femmes et élargissent leurs choix. L'UNFPA agit aussi en collaboration avec les hommes et les garçons, les décideurs et la société civile, notamment les organisations professionnelles et les animateurs culturels afin de mettre en question les attitudes et pratiques traditionnelles nuisibles.

L'UNFPA aide également à diriger la Campagne mondiale pour éliminer les fistules obstétricales et soutient directement les programmes de la Campagne dans plus de 40 pays en développement. En outre, en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes, l'UNFPA soutient l'action critique des sages-femmes s'agissant de sauver la vie des femmes partout dans le monde. Avec l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et la Banque mondiale, l'UNFPA est un membre actif de H4+, coalition pour la santé maternelle et néonatale. Il est également un membre actif du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi que de l'initiative Les femmes donnent la vie. L'action de l'UNFPA contribue à l'initiative "Toutes les femmes, tous les enfants", à l'appui de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant.

L'UNFPA AIDE
ÉGALEMENT À DIRIGER
LA CAMPAGNE
MONDIALE POUR
ÉLIMINER LES FISTULES
OBSTÉTRICALES ET
SOUTIEN DIRECTEMENT
LES PROGRAMMES DE
LA CAMPAGNE DANS
PLUS DE 40 PAYS EN
DÉVELOPPEMENT

NOTES

- 1 Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010", 2012.
- 2 Organisation mondiale de la santé et UNICEF: "Building a Future for Women and Children: The 2012 Report."
- 3 ONU: "Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2011".
- 4 Organisation mondiale de la santé, "Maternal Mortality Fact Sheet". Consulté le 20 février 2012.
- 5 UNFPA et Guttmacher Institute: "Une vue d'ensemble: Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 6 UNFPA et Guttmacher Institute: "Une vue d'ensemble: Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 7 Organisation mondiale de la santé, "10 Facts on Maternal Health". Consulté le 20 février 2012.
- 8 Organisation mondiale de la santé, "Maternal and Perinatal Health". Consulté le 20 février 2012.
- 9 Site web de l'UNFPA, "Emergency Obstetric Care". Consulté le 20 février 2012.
- 10 Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010", 2012.
- 11 Organisation mondiale de la santé, "Maternal Mortality Fact Sheet", novembre 2010.
- 12 UNFPA et Guttmacher Institute: "Une vue d'ensemble: Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 13 Site Web de l'UNFPA, "Obstetric Fistula". Consulté le 20 février 2012.
- 14 ONU: "Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2011".
- 15 Organisation mondiale de la santé, "Maternal Mortality Fact Sheet", novembre 2010.
- 16 UNFPA et Guttmacher Institute: "Une vue d'ensemble: Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 17 Organisation mondiale de la santé, "Health in Asia and the Pacific", 2008.
- 18 Organisation mondiale de la santé, "10 Facts on Maternal Health". Consulté le 20 février 2012.
- 19 Site web de l'UNFPA, "Emergency Obstetric Care". Consulté le 20 février 2012.
- 20 Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010," 2012.
- 21 Guttmacher Institute, "Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health," novembre 2010.
- 22 UNFPA et Guttmacher Institute: "Une vue d'ensemble: Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 23 Guttmacher Institute, "Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health", novembre 2010.



Pour en savoir plus
sur les activités de
l'UNFPA, visiter
www.unfpa.org.