

L'approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures

*Première partie :
Concepts, Principes Généraux
et Réseau International*

Le renforcement des soins obstétricaux essentiels est considéré comme une stratégie - clé pour obtenir des améliorations importantes dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle. Les soins obstétricaux essentiels – « complets » et « de base » – comprennent un grand nombre d'interventions obstétricales. Parmi celles-ci il y a un certain nombre d'interventions techniques et chirurgicales majeures requises pour traiter les problèmes menaçant la vie de la mère durant l'accouchement¹. Il est possible de visualiser sur une carte géographique la sous – utilisation, le « besoin non couvert », de certaines de ces interventions : les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues.

Dans les pays à forte mortalité maternelle, les décideurs politiques et les prestataires de soins ne sont pas toujours conscients de l'importance des besoins non couverts ni des possibilités réelles d'améliorer les choses. La cartographie des déficits en « interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues » ne mesure pas l'ensemble des besoins obstétricaux essentiels non couverts, mais l'approche peut être utile pour rassembler un large panel d'acteurs, professionnels ou non, intéressés par l'amélioration des politiques et des services de santé maternelle.

Le réseau « besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures » regroupe les ministères de la santé, les organisations de développement, les institutions scientifiques et les cliniciens qui désirent faire un relevé des besoins non couverts en « interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues » et d'en utiliser les conclusions comme point de départ, non seulement pour améliorer la santé maternelle mais aussi le fonctionnement global de leur système de soins de santé.

Le réseau donne un support technique aux équipes nationales de recherche impliquées dans la démarche, ainsi que des opportunités d'échanges de résultats et d'expériences dans le domaine des politiques de soins de santé.

¹ Liste des Interventions Majeures : césarienne, laparotomie pour suture de brèche utérine, hystérectomie, grande version extraction, symphyséotomie, craniotomie/cranioclasie. Liste des Indications Maternelles Absolues : hémorragie ante-partum sévère (placenta praevia et hématome rétroplacentaire), hémorragie du post-partum, disproportion foeto-pelvienne et rupture utérine, présentations dystociques (traverse et front).



UON Network – Réseau des Besoins Non Couverts
pour les Interventions Obstétricales Majeures

Equipe de gestion et de coordination

<http://www.uonn.org> – e-mail : UON@itg.be

Le réseau des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures est appuyé par :



La Commission Européenne DG VIII

Coordination par :



Institut de Médecine Tropicale (IMT)
Département de Santé Publique
Nationalestraat 155
2000 Antwerpen/Belgique

En collaboration avec :

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
- Coopération Technique Belge (CTB)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. LES BESOINS EN SOINS OBSTÉTRICAUX	5
<i>Définition Conceptuelle</i>	6
<i>Utilité et Limites de la Définition Conceptuelle</i>	6
<i>Priorisation</i>	6
<i>Qualité des informations</i>	6
3. UN INDICATEUR DU BESOIN OBSTÉTRICAL NON COUVERT	7
4. LE CHOIX DES INTERVENTIONS ET DES INDICATIONS	8
5. LES DÉFICITS EN INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES POUR INDICATIONS MATERNELLES ABSOLUES	10
<i>Notion de Taux de Référence</i>	10
<i>Validation historique</i>	12
<i>Validation locale</i>	13
<i>Calcul de l'indicateur</i>	14
6. UNE IMPLICATION LARGE DES ACTEURS ET DES INTERVENANTS	14
7. RÉSEAU INTERNATIONAL "BESOINS NON COUVERTS POUR LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES" (UNMET OBSTETRIC NEEDS - UON)	15
<i>Justification du Réseau</i>	16
<i>Les Modules Complémentaires</i>	17
<i>Termes de référence du Réseau Besoins Obstétricaux non Couverts</i>	19

1. INTRODUCTION

Les ratios de mortalité maternelle* sont généralement utilisés pour apprécier la capacité des différents systèmes de santé à répondre aux besoins obstétricaux. Ces ratios peuvent montrer des variations extrêmement importantes d'un contexte à l'autre : en Scandinavie, où les performances et l'accès des services de santé sont excellents, le ratio de mortalité maternelle est de l'ordre de 6 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes¹. En Afrique ou dans certains pays d'Asie, ce ratio peut être jusqu'à cent à trois cents fois supérieur². De nettes disparités existent également d'une région à l'autre à l'intérieur de ces différents pays.

La campagne mondiale de lutte contre la mortalité maternelle avait parmi ses priorités d'identifier et d'assister les pays dont les capacités de prendre en charge les urgences obstétricales étaient faibles. Dans ce cadre, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'UNICEF et d'autres organisations internationales ont lancé et supportent encore de nos jours des enquêtes ayant pour but de déterminer les ratios de mortalité maternelle de chaque pays. La diffusion de ces informations a permis une prise de conscience de l'importance du problème de mortalité maternelle dans le monde, de mobiliser des fonds pour des programmes de lutte et de canaliser des ressources vers les pays les plus nécessiteux dans ce domaine.

Cependant, la mesure du ratio de mortalité maternelle est une tâche difficile dans les pays en développement, étant donné qu'une information fiable est rarement disponible. Les estimations des ratios de mortalité maternelle sont alors basées sur la mesure de ces ratios dans des échantillons de population. L'information obtenue donne le plus souvent une idée de l'ampleur soit à l'échelle d'une région ou d'un pays (avec un très large intervalle de confiance), soit pour une période d'une dizaine d'années. Il est rare que l'information soit suffisamment précise pour permettre de prendre des décisions concrètes au niveau local ou pour mobiliser les prestataires de soins.

De plus, ces données sont utilisées dans les cercles étroits des responsables des programmes de lutte contre la mortalité maternelle, alors que ces problèmes ont aussi leurs causes au niveau des services de santé généraux comme les services d'urgences, les services de chirurgie, les services en charge de l'approvisionnement en médicaments et en matériel. Les problèmes qu'on y rencontre ont trait par exemple à la formation initiale des personnels de santé, la répartition géographique des infrastructures ou les choix nationaux en termes de ressources sanitaires. Ces facteurs sont essentiels à considérer pour le développement global des services de santé, que ce soit pour la lutte contre la mortalité maternelle ou pour d'autres approches des problèmes de santé prioritaires. Il est donc utile de mettre au point un indicateur qui pourrait à la fois :

- susciter une prise de conscience des décideurs et des professionnels de la santé sur des thèmes pertinents dans chaque contexte;
- identifier ce qui est vulnérable dans un contexte socio-économique donné ;
- localiser les besoins et identifier les priorités d'investissements ;
- évaluer les échecs du système de santé dans la couverture des besoins identifiés ;
- « monitorer » l'impact des programmes de Maternité sans Risque.

2. LES BESOINS EN SOINS OBSTÉTRICAUX

Le besoin est défini, ici, en termes de problèmes de santé qui nécessitent des soins de santé ; (i) pour la population, l'importance de ce besoin en soins de santé varie en fonction de déterminants tels que l'environnement, la technologie disponible, le style de vie, la « culture sanitaire », (ii) pour les professionnels, le besoin est défini comme une estimation basée sur un jugement professionnel de la quantité de personnel, de leur qualification et des services nécessaires pour offrir un standard optimum de soins de santé.

Par exemple, la dystocie mécanique est une complication habituellement mortelle de la grossesse. Elle constitue pour un obstétricien un besoin incontestable. La césarienne – lorsque l'enfant est vivant – est l'intervention qui permet de répondre à ce besoin en sauvant la vie de la mère et celle de l'enfant.

Dans le domaine de la santé maternelle, un décès maternel est la preuve (evidence) que le besoin n'a pas été couvert. Cependant, la définition d'un besoin obstétrical – et son identification pratique – est quelque chose de plus difficile à préciser, de plus flou.

* On utilise dans ce document le terme de « ratio » plutôt que celui de « taux » de mortalité maternelle pour définir le rapport du nombre de décès maternels sur le nombre de naissances vivantes.

Définition conceptuelle.

D'un point de vue médical, une grossesse peut être la cause directe d'un certain nombre de problèmes menaçant la vie de la mère et/ou celle du fœtus. Elle peut aussi être un facteur d'aggravation de problèmes médicaux préexistants (diabète, cardiopathie, etc.) ou survenus durant la grossesse (hépatite infectieuse, malaria), qui, lorsqu'ils entraînent la mort d'une femme enceinte, sont considérés comme des causes indirectes de mort maternelle. Les complications "naturelles" (dans le sens "non iatrogène"), causées directement par une grossesse, peuvent survenir très tôt (une grossesse extra-utérine, un avortement incomplet) ou plus tard dans la période qui entoure l'accouchement. Durant cette période, il s'agira alors: d'une hémorragie ante- ou post-partum, aiguë ou chronique; d'une dystocie foeto-pelvienne dynamique ou mécanique, liée au fœtus (présentation, volume excessif généralisé ou localisé, par exemple une hydrocéphalie), liée au bassin (anomalie congénitale ou de la croissance), ou liée aux parties molles (tumeurs, malformations); d'une hypertension gravidique (l'éclampsie); d'une infection; ou d'une embolie.

Certaines femmes (et/ou leur enfant) atteintes d'une de ces complications obstétricales directes, vont en mourir. Les causes directes, ensemble avec les anémies, sont responsables de 75% à 80% de toutes les morts maternelles rapportées dans les pays en développement³. D'autres en subiront les conséquences et souffriront par exemple d'anémie chronique, de fistule vésico-vaginale, ou de stérilité secondaire.

L'ensemble – la somme des incidences de ces problèmes – correspond à la notion de "besoin" dans le sens défini plus haut: ce sont des situations dans lesquelles des soins devraient être fournis pour prévenir ou traiter les problèmes qui surviennent. En d'autres mots, le concept de "besoin obstétrical" est ici construit à partir d'une approche épidémiologique qui "intègre" (dans le sens mathématique du terme) l'ensemble des pathologies qui peuvent provoquer une souffrance et/ou la mort de la mère et de l'enfant.

Utilité et limites de la définition conceptuelle.

Cependant, pour que cette définition soit utile en planification des soins, le besoin doit pouvoir être exprimé en termes de problèmes de santé qui nécessitent une intervention de soins de santé. Ceci permet d'identifier les femmes qui ont eu recours à ces soins (utilisation des services) et dont les besoins obstétricaux ont été couverts par une intervention (offre appropriée). Les femmes qui exigent des soins obstétricaux et qui n'en ont pas bénéficié constituent ce que nous appelons le "besoin obstétrical non couvert".

En prenant l'ensemble des problèmes obstétricaux, on obtient une image exhaustive du besoin mais cela pose deux types de problèmes: l'un concerne la priorisation en planification et l'autre concerne la qualité des informations à partir desquelles on peut évaluer la couverture des besoins obstétricaux.

Priorisation

En mélangeant les pathologies dont les conséquences sont graves surtout pour l'enfant avec celles qui sont graves d'abord pour la mère, le planificateur n'est pas réellement aidé pour mettre un ordre de priorité dans les efforts à fournir pour couvrir les besoins obstétricaux. On postulera que la survie de la mère est la priorité, même si les morts périnatales sont de loin plus fréquentes que les morts maternelles. Ce postulat est surtout un jugement de valeur – qui peut donc être remis en question. Le choix de sauver la mère en priorité est guidé par l'observation que le décès maternel entraîne non seulement celui de l'enfant qu'elle portait mais aussi dans une proportion significative des cas le décès de l'enfant précédent⁴. Sans parler de la souffrance sociale qu'entraîne le décès de l'épouse, le décès de la mère porte aussi un sérieux coup à l'économie familiale de subsistance, dans beaucoup de pays en développement. C'est sur ces "raisons" que s'appuie le postulat proposé.

Qualité des informations

En restreignant le besoin maternel aux indications pour lesquelles une intervention obstétricale est indispensable à la survie de la mère, on n'échappe pas à deux critères essentiels de la qualité des informations: la fiabilité et la validité.

La fiabilité de l'information concerne ici la capacité des professionnels de santé à notifier de la même façon les mêmes problèmes. C'est ce que l'on appelle la reproductibilité. Pour prendre un exemple concret, en face d'un placenta praevia, le même professionnel de santé d'abord (repro-

ductibilité intra-lecteur), et ensuite l'ensemble des professionnels entre eux (reproductibilité inter-lecteurs), vont-ils notifier le problème de la même façon? Ou bien trouvera-t-on inscrit dans un dossier hémorragie antepartum, dans un autre hémorragie (sans spécifications) ou placenta praevia du IIIe degré?

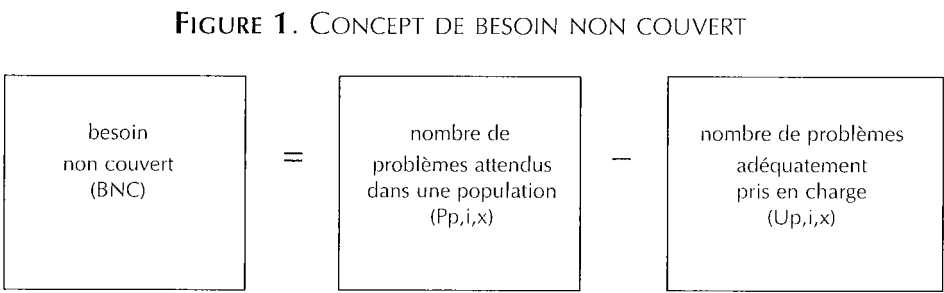
La validité concerne tout d'abord la capacité des professionnels à reconnaître la pathologie, c'est-à-dire à donner un diagnostic correct. Par exemple, l'identification par monitoring électronique d'une souffrance foetale qui nécessite une césarienne en urgence n'a pas montré d'effet sur les scores d'Apgar, sur le besoin d'admettre ces nouveau-nés en soins intensifs, sur le taux d'infections néonatales, sur la mortalité intrapartum ou sur la perception globale du travail par les parturientes⁵. Le monitoring électronique induit des cas "faussement positifs" de souffrance foetale pour lesquels des césariennes sont alors réalisées avec la notification non valide de "souffrance foetale". Mais, même en utilisant d'autres critères que le seul monitoring électronique, ce diagnostic reste peu reproductible (inter-lecteurs: 30% et intra-lecteurs: 25%)⁶.

Dans les pays en développement, le problème se pose le plus souvent en d'autres termes car le plateau technique peut être sommaire ; des césariennes sont parfois faites pour une dystocie "dynamique" pour laquelle une surveillance attentive et encourageante, ou une épreuve de travail, aurait pu résoudre le problème⁷. Le diagnostic de dystocie foeto-pelvienne est dans ces cas faussement positif.

3. UN INDICATEUR DU BESOIN OBSTÉTRICAL NON COUVERT

Dans ce document, le concept de besoin non couvert réfère à la notion d'une différence entre ce qui est considéré comme un besoin par les professionnels en termes de problèmes de santé à résoudre par une intervention obstétricale majeure et ce qui est couvert en réalité par les services offerts, c'est-à-dire les problèmes pour lesquels une intervention obstétricale majeure a été réalisée.

Cependant, la détermination des besoins non couverts signifie d'une part que l'on connaît d'une manière ou d'une autre le besoin global pour une population donnée, durant une période de temps donnée, c'est-à-dire la fréquence du problème dans la population ; d'autre part, cela signifie aussi que l'on connaisse la quantité de besoin couvert, c'est-à-dire l'utilisation des services pour le problème défini. Le besoin non couvert est alors déduit de la différence entre l'estimation du besoin global et l'utilisation (Figure 1).



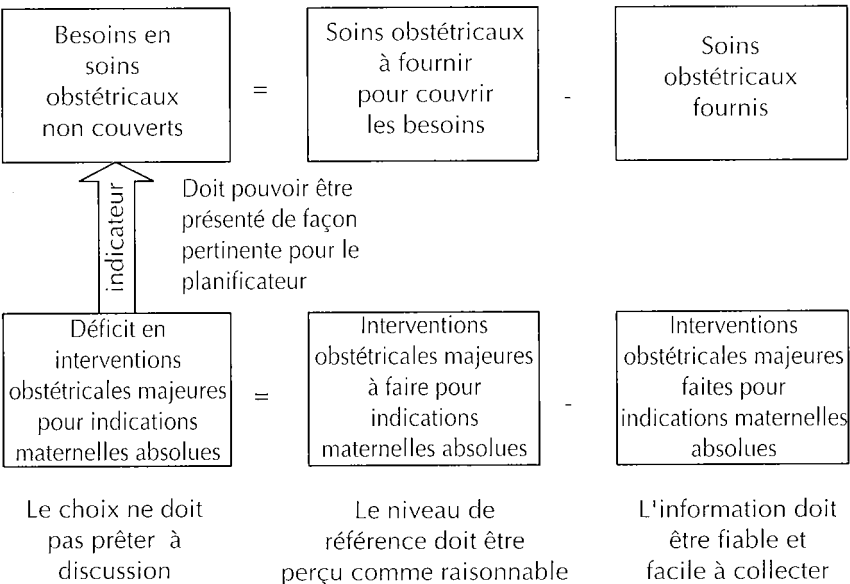
où Pp,i,x: représente l'incidence de problèmes obstétricaux x (pour lesquels il y a un besoin de soins) dans une population de femmes enceintes p, durant une période de temps i ; et Up,i,x: représente l'incidence d'utilisation adéquate des services par les femmes appartenant à la population p, pour un problème obstétrical x (nécessitant des soins), durant une période de temps i.

La définition du besoin obstétrical doit, pour pouvoir être utile à la planification des soins, être exprimée en termes de problèmes de santé qui nécessitent une intervention de soins de santé. Même si la priorité doit être accordée aux interventions qui peuvent sauver la vie de la mère ce besoin ne peut pas être mesuré en tant que tel. Cela reste une notion floue: ce qu'on croit devoir fournir comme soins sera la résultante d'un jugement qui fait entrer des éléments techniques et épidémiologiques, mais aussi des éléments culturels et des habitudes professionnelles fondées ou non (par exemple, "once a caesarean section, always a caesarean"). Il y a, parmi les indications d'interventions, certaines qui sont plus indispensables à la survie de la mère (et de l'enfant) que d'autres. Ces indications seront appelées "maternelles absolues" et c'est sur cette base que l'indicateur du besoin obstétrical sera construit. Cela ne veut pas dire que le besoin de soins se limite à ces

indications: on considère cependant que couvrir ces indications est important et prioritaire en soi, et, d'autre part, que des actions entreprises pour pouvoir les couvrir amélioreront l'ensemble des soins à l'accouchement.

L'indicateur à construire devra refléter l'ampleur du besoin obstétrical couvert de façon à estimer le besoin obstétrical qui reste à couvrir, et à diriger l'action pour ce faire. Cela pose certains problèmes. Il faut, si on restreint l'indicateur aux interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues, choisir celles-ci de la façon qui prête le moins possible à discussion et qui soit la plus pertinente pour la planification des interventions minimales à faire. Il faut aussi pouvoir estimer un niveau de référence de ce qui est attendu ou désirable comme fréquence d'interventions pour ces indications; et il faut pouvoir obtenir facilement, et de manière fiable, l'information sur ce qui est déjà fait. Enfin, il faut pouvoir présenter ces informations de façon intelligible et concrète pour les décideurs et les acteurs de terrain: son interprétation doit mener à l'action, et non seulement au constat de la gravité de la situation (Figure 2).

FIGURE 2. UN INDICATEUR DES BESOINS OBSTÉTRICAUX NON COUVERTS



4. LE CHOIX DES INTERVENTIONS ET DES INDICATIONS

Si on veut donner la priorité à ce qui est important pour la survie de la mère et éviter des problèmes majeurs en termes de reproductibilité et de validité, on restreindra les pathologies contenues dans l'indicateur à celles pour lesquelles une intervention obstétricale majeure est absolument nécessaire. C'est-à-dire des problèmes obstétricaux pour lesquels, si une intervention obstétricale majeure n'est pas réalisée, la probabilité pour la parturiente de mourir est très élevée. Mais aussi des indications qui se basent, dans un contexte donné, sur des données fiables . Ces indications sont regroupées sous le label "indications maternelles absolues" :

- les hémorragies ante-partum sévères causées par un placenta praevia ou un hématome rétro-placentaire (encore appelé décollement prématuré du placenta normalement inséré);
- les hémorragies du post-partum incoercibles;
- les disproportions foeto-pelviennes majeures (dûes à un bassin étroit ou une hydrocéphalie);
- les positions transverses (épaules négligées);
- les présentations du front.

Cet ensemble d'indications correspond à ce qui a été classé sous le terme "indications obligatoires" lors d'une étude faite au Sénégal⁸. Ces indications obligatoires comprenaient: (i) disproportion foeto-pelvienne, (ii) placenta praevia, (iii) présentation anormale (iv) et rupture utérine. Les auteurs ne précisaient pas ce qu'ils appelaient une présentation anormale, ni comment ils différenciaient une disproportion foeto-pelvienne d'une dystocie dynamique. Cette classification des indications (des césariennes), disent les auteurs, se rapproche d'autres classifications similaires⁹ qui font intervenir la notion d'indication obligatoire, de prudence et de nécessité.

Au Maroc, les présentations anormales ont été spécifiées (présentation de front et transverse) et validées comme étant absolues par un groupe d'obstétriciens marocains¹⁰. Ce dernier point est important parce que les termes employés et les éléments sur lesquels les médecins se basent pour diagnostiquer un état, une pathologie, dépendent principalement de la façon dont cela leur a été enseigné.

Les différences de culture et de formation médicale constituent une limite à la validité externe des comparaisons internationales des taux d'interventions selon l'indication. Par exemple, la notion de dystocie foeto-pelviennne est comprise différemment selon le contexte: aux Etats-Unis, dans les années 1980, il y avait 6 fois plus d'indications de césarienne pour dystocie foeto-pelviennne qu'en Irlande, pour des groupes de femmes qui présentaient les mêmes caractéristiques (nulliparité, facteurs de risque connus, âge de la mère et poids de naissance de l'enfant) et qui avaient accouché dans des hôpitaux comparables¹¹. Cette différence n'était pas due à une épidémiologie différente, il y avait bien un facteur subjectif "culturel" dans la notification du diagnostic. La distinction entre "disproportion foeto-pelviennne" et "contractions utérines inefficaces" n'était pas faite. Or, faire cette différence a des conséquences puisqu'on recommande presque toujours de pratiquer une césarienne en cas de disproportion, mais au contraire rarement en cas de contractions utérines inefficaces. Faire cette différence consiste, entre autres, à prendre le risque de faire une épreuve de travail, ce qui semble être acceptable "culturellement" en Irlande¹² ou au Nigeria¹³, parfois en France¹⁴ mais moins aux Etats-Unis.

L'autre limite à la validité externe, est liée aux différences épidémiologiques (incidences des problèmes) entre les pays, ou même les régions dans un même pays. Par exemple, à Karawa (Zaïre), dans une zone de goître endémique, 20% des femmes admises dans le service d'obstétrique pour travail bloqué étaient atteintes de crétinisme. Mais parmi celles sans travail bloqué, on ne retrouvait qu'un pour cent de femmes atteintes de crétinisme¹⁵. D'autres variations épidémiologiques ont pu être observées, sans qu'on ait, d'ailleurs, toujours une explication : on constate par exemple une incidence des prééclampsies apparemment plus élevée chez les femmes de peau noire et les Indiennes que chez les femmes de peau blanche, même si l'on tient compte de la parité, de l'âge et du niveau de vie¹⁶, ou des variations des disproportions foeto-pelviennes à Zaria, au Nigeria¹⁷.

Une fois les indications choisies, il faut encore identifier toutes les interventions possibles pour répondre au besoin, restreint dans notre indicateur aux indications maternelles absolues. Les interventions obstétricales majeures réalisées pour les indications maternelles absolues telles que définies ci-dessus comprennent:

- les césariennes (pour les hémorragies ante-partum sévères, les dystocies foeto-pelviennes majeures lorsque l'enfant est vivant, les présentations transverse et du front);
- les laparotomies (pour suture de brèche utérine en cas de rupture réparable);
- les hystérectomies (en cas de rupture utérine majeure et en cas d'hémorragie du post-partum incoercible);
- les versions internes (en cas de position transverse);
- les crâniotomies ou embryotomies (en cas de dystocie lorsque l'enfant est mort).
- La symphyséotomie qui est réalisée pour éviter une césarienne en cas de dystocie mécanique

Ces interventions ont été choisies, non seulement parce qu'elles sont censées empêcher une femme de mourir (pour les indications mentionnées), mais aussi parce qu'elles ne peuvent être pratiquées qu'en institution hospitalière. Ce dernier point est particulièrement important puisqu'il permet de restreindre la collecte des données aux seules maternités ayant un bloc opératoire à disposition.

Cet indicateur de la couverture du besoin obstétrical comprend donc la somme de toutes les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues telles que définies ci-dessus. Il a l'avantage d'être moins "manipulable" que le simple taux de césariennes. En effet, le danger serait que la prise de conscience de faibles taux de césariennes pousse les professionnels à augmenter la sensibilité de leur décision d'intervenir. Auquel cas, le taux de césariennes augmenterait, mais pas nécessairement au bénéfice des femmes qui en ont "absolument" besoin.

Il existe bien entendu d'autres indications qui dans une grande proportion des cas nécessitent une intervention majeure pour empêcher un décès maternel. Cela peut être le cas d'une transfusion seule, en cas d'hémorragie aiguë du post-partum, ou bien d'une césarienne en cas d'éclampsie. Mais pour ces autres indications, il est encore plus difficile d'obtenir une reproductibilité satisfaisante, et l'expérience fait encore défaut dans ce domaine. Il est cependant tout à fait acceptable que d'autres indications soient ajoutées au pool des indications définies ci-dessus dans l'un ou

l'autre pays pour prendre en compte les besoins spécifiques régionaux. L'indicateur sert avant tout à donner une idée de la couverture du besoin obstétrical maternel, il ne doit pas mesurer la couverture de l'ensemble du besoin. Ce ne serait d'ailleurs pas faisable. D'une part, parce que les obstétriciens ne sont pas parvenus à formuler un consensus sur ce qui est un besoin absolu: la limite est floue, elle n'est pas, jusqu'à présent, standardisée. D'autre part, les taux de complications peuvent varier d'un environnement à l'autre.

En ce qui concerne l'équité dans l'accès aux soins obstétricaux, c'est l'analyse spatiale des taux d'interventions pour des indications spécifiques qui permet de la mesurer et par là, de mesurer l'équité dans la couverture des besoins maternels.

5. LES DÉFICITS EN INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES POUR INDICATIONS MATERNELLES ABSOLUES

La mesure des déficits revient à soustraire au nombre estimé de femmes qui ont besoin d'une intervention obstétricale majeure pour indication maternelle absolue, le nombre de femmes qui ont réellement bénéficié d'une intervention pour les indications mentionnées. Ce déficit peut être exprimé en chiffres absolus ou en taux (nombre de femmes n'ayant pas eu accès à une intervention obstétricale, alors qu'elles en avaient besoin, divisé par le nombre de femmes qui ont accouché durant la même période ; ce qui se réduit à l'approximation suivante: déficit divisé par le nombre de naissances attendues). Ces déficits peuvent alors être mesurés, présentés et analysés par aire géographique.

Notion de taux de référence

Le nombre estimé de femmes qui ont besoin d'une intervention obstétricale est nécessaire pour pouvoir quantifier le déficit en interventions. Il faut donc donner une valeur à la somme des incidences attendues – des incidences « de référence » - des problèmes obstétricaux qui composent l'indicateur. La valeur de ce taux de référence est calculée pour un groupe de population qui a peu de barrières à l'accès aux soins obstétricaux hospitaliers (donc pour lequel le besoin est en principe couvert) et par comparaison, on s'en servira pour mesurer des déficits dans d'autres populations qui ont moins d'accès à ces soins, dans un environnement culturel et épidémiologique qui a priori n'est pas significativement différent. La détermination d'un taux de référence est en un choix qui est, dans une certaine mesure, arbitraire. Mais ce choix doit cependant être validé, pour le rendre crédible auprès des acteurs concernés.

Plusieurs approches sont possibles pour comparer les données de terrain : comparaison avec (i) l'incidence des indications retenues là où ces incidences ont été mesurées et publiées, (ii) l'observation des taux d'interventions qui, à une époque dans notre histoire, ont permis de contrôler la mortalité maternelle ou encore (iii) l'observation des ratios de mortalité maternelle dans des environnements où il n'y a pas d'interventions.

En Gambie, on a observé durant une période où il n'y avait pas d'accès possible à une source de soins obstétricaux un ratio de mortalité maternelle de 2.200/100.000¹⁸. Aux Etats-Unis, dans une secte religieuse dont les membres refusent les soins chirurgicaux mais qui, par ailleurs, sont bien nourris et vivent dans des conditions d'hygiène et de confort semblables à leurs concitoyens américains, le ratio était de 872 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1982¹⁹. Ces situations extrêmes indiquent qu'il faudrait au minimum un taux d'intervention de l'ordre de 1-2% pour pouvoir éliminer la mortalité maternelle.

L'information épidémiologique sur la fréquence des indications maternelles définies plus haut dans une population donnée n'est pas réellement disponible. Les taux proposés dans la littérature concernent essentiellement les césariennes (les autres interventions sont supposées disparaître à partir du moment où la césarienne est faite à temps). Ces publications mentionnent des taux de l'ordre de 5% pour éviter le décès ou une complication grave de la mère ou de l'enfant²⁰. L'apport de la littérature n'est cependant que très relatif dans la mesure où les taux d'interventions obstétricales, et spécifiquement les taux de césariennes, sont très variables d'un endroit à l'autre²¹.

Dans la plupart des publications, il s'agit de populations hospitalières, donc qui ne concernent que les femmes ayant utilisé l'hôpital pour accoucher. La question de la représentativité des ratios de mortalité maternelle à partir d'études hospitalières a été longuement débattue²². Il semble cependant que, dans les pays en développement où la couverture des accouchements en milieu surveillé est faible, un grand nombre de femmes, dont la grossesse est à haut risque, n'atteignent pas l'hôpital et que beaucoup de ces femmes meurent en dehors de l'hôpital²³. En effet, la proportion de décès à domicile (ou sur le chemin vers l'hôpital) sur l'ensemble des décès maternels varie d'un environnement à l'autre selon l'accessibilité à l'hôpital: environ 25% en Jamaïque²⁴, 47% en milieu rural en Chine²⁵, 50% à Giza, en Egypte²⁶ et dans le sud-est de l'Inde²⁷, 80% à Matlab²⁸ et 100% dans une zone rurale en Gambie²⁹.

Rares sont les études où on peut établir des taux par rapport à l'ensemble des accouchements. Cela est d'autant plus vrai dans les pays en voie de développement où une majorité de femmes accouchent en milieu extra-hospitalier. En outre, les comparaisons des indications de césariennes sont difficiles parce que d'une part, toutes les indications sont mentionnées (et pas seulement l'indication principale qui a mené à la césarienne) et ensuite parce qu'on n'essaie pas en général d'étudier les différences dans les incidences des complications³⁰. Il est encore plus rare de trouver des publications dans lesquelles les auteurs font la différence entre les interventions obstétricales destinées à sauver la vie de la mère et les autres dont les indications regroupent de façon très large les indications foetales³¹.

Lorsqu'on analyse le peu de données pertinentes et utilisables, il apparaît qu'on peut résoudre la majorité des problèmes de santé maternelle – au moins ceux liés à l'accouchement – avec des taux de césariennes bien inférieurs à 5%. A Enga, en Papouasie Nouvelle Guinée, avec un taux de césariennes de 1,8% (pour toutes indications, donc y compris les indications spécifiques de l'enfant), le ratio de mortalité maternelle était de 180/100.000³². Plus récemment, à Harare (Zimbabwe), un essai clinique randomisé, visant à montrer qu'il était possible de rationaliser l'offre de soins prénatals, a suivi 15.994 femmes enceintes sur une période de deux ans. Le ratio de mortalité maternelle était de 71 et le taux de césariennes en urgence de 2,7%³³.

Il ne semble cependant pas qu'il y ait de relation univoque entre taux d'interventions obstétricales pour indication maternelle absolue et mortalité maternelle. En effet, plusieurs facteurs influencent l'aggravation d'un problème à l'accouchement: état général, anémie sévère, ostéomalacie, délai de recours aux soins.

Si il n'y a pas de mesure de la fréquence absolue des interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue, il est cependant possible de prendre comme point de référence les taux d'interventions dans une situation où la fréquence des interventions est suffisante pour empêcher la majorité des décès maternels sans qu'il y ait excès d'interventions. En d'autres termes, une situation dans laquelle les décisions d'interventions sont suffisamment sensibles pour éviter un décès mais aussi suffisamment spécifiques pour éviter la iatrogénèse.

Une des rares études bien documentées qui satisfait ces critères provient d'une enquête menée en Angleterre et au Pays de Galles en 1958³⁴. Francome et Savage³⁵ ont utilisé ces données pour construire un tableau dans lequel les taux des indications et les proportions attendues d'accouchements par césarienne sont proposées (Tableau 1). Les chiffres d'incidence des indications définies ont été collectées à une époque où le taux global de césariennes était de 2,7%, que l'induction du travail ou l'utilisation d'ocytocine étaient rares et que la population était assez homogène. Les chiffres présentés concernent les premières césariennes faites chez des femmes qui ne portaient qu'un fœtus. Les proportions attendues de césariennes incluent aussi les indications absolues pour l'enfant.

Sur la base de ce tableau, on peut proposer un taux de référence pour le besoin en interventions de l'ordre de 2% (minimum 1,9% qui se distribuent en: 1% pour les disproportions foetopelviennes, 0,5% pour les hémorragies ante-partum et 0,4% pour les présentations transverse et du front ; maximum 2,9%: 1,5%, 1% et 0,4% respectivement pour les mêmes indications).

TABEAU 1. INCIDENCE DES INDICATIONS DÉFINIES POUR CÉSARIENNE DANS LES GROSSESSES UNIQUES

INDICATION	INCIDENCE %	CÉSARIENNES ATTENDUES %
Epaule	0,2	0,2
Face et front	0,4+0,1=0,5	0,2
Siège	2,6	1,0-1,5
Occiput postérieur persistant et position transverse	3,4+0,3=3,7	0,5
<i>Total des dystocies de présentation</i>	<i>7,0</i>	<i>1,9-2,4</i>
Placenta praevia	0,5	0,3-0,4
Hématome rétro-placentaire	0,4	0,1-0,2
Hémorragie ante-partum non spécifiée	2,2	0,1-0,2
<i>Total des hémorragies ante-partum</i>	<i>3,1</i>	<i>0,5-1,0</i>
Prééclampsie sévère/éclampsie	1,0-1,5	0,5-1,0
Diabète	1,0	0,1-0,2
Autres maladies	1,0	0,1-0,2
<i>Total des maladies maternelles</i>	<i>3,0-3,5</i>	<i>0,7-1,4</i>
Procidence du cordon	0,1-0,3	0,1
Disproportion foeto-pelvienne	? 1,0	1,0-1,5
Souffrance foetale	?1,0-2,5	0,7-2,0
TOTAL DES INDICATIONS DÉFINIES POUR UNE PREMIÈRE CÉSARIENNE		5,0-8,4

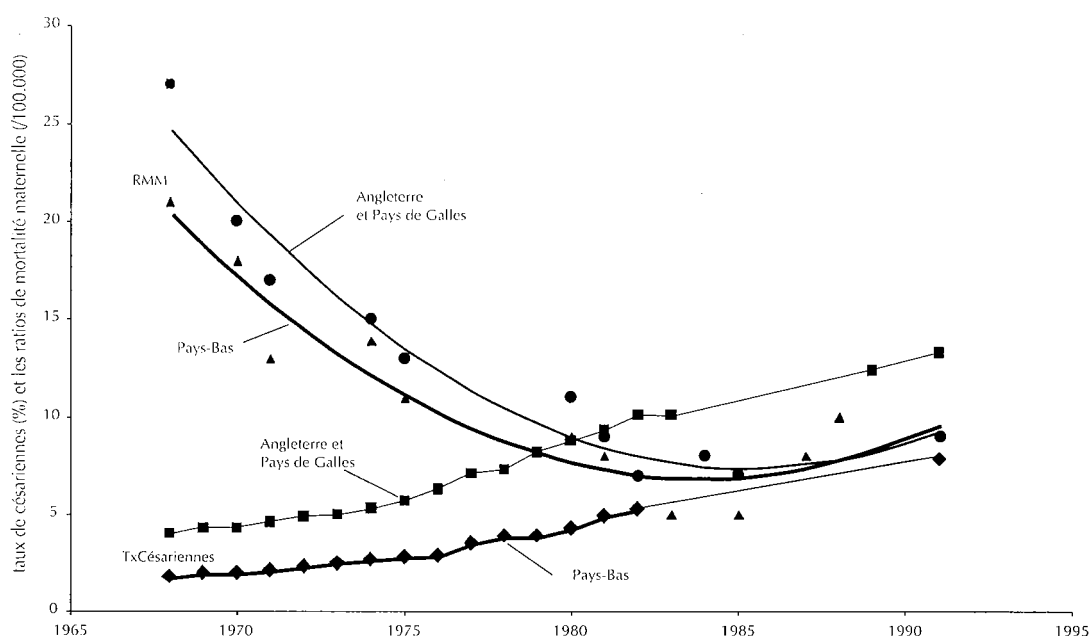
SOURCE: (Francome and Savage, 1993)

Validation historique

Les données historiques européennes estimées à partir de sources diverses montrent que dans les paroisses du Somerset (Angleterre), la mortalité maternelle se situait autour de 2.350 pour 100.000 naissances vivantes au XVIe siècle et autour de 1.590 pour 100.000 naissances vivantes au XVIIe et XVIIIe siècle³⁶, avant que l’obstétrique puisse être réellement efficace. Cela nous donne une idée du niveau de mortalité naturelle à l’accouchement. Les chiffres rapportés par John Graunt (1620-1674) indiqueraient un ratio de mortalité pour les femmes décédées en couches de l’ordre de 1%³⁷. Une étude sur la mortalité maternelle parmi les familles régnantes d’Europe, entre 1500 et 1850, avance le chiffre de 2.000 morts maternelles pour 100.000 naissances vivantes³⁸. En Suède où la notification des décès est systématique depuis 1749, les ratios de mortalité maternelle variaient autour de 900/100.000 entre 1750 et 1800³⁹. Shorter⁴⁰ résume notre connaissance de la mortalité maternelle dans l’histoire Européenne: “Avant 1800, 1 à 1,5% des accouchements se soldaient par le décès de la mère, la moyenne exacte des études consultées étant de 1,3%. Le taux de mortalité en couches, considéré dans la longue durée, dépassait rarement 2% (encore que ce fût le cas, semble-t-il, dans le quartier londonien d’Algate au XVIe siècle, ainsi qu’en Nouvelle-Angleterre à l’époque coloniale). De même était-il rarement inférieur à 0,5%, même si cela fut parfois le cas dans certains villages d’Allemagne”.

Plus récemment, à Aberdeen, en Ecosse, entre 1938 et 1947, le taux de césariennes était de 1% et la mortalité “attribuable à un travail difficile et long” était de 370/100.000 naissances⁴¹. Durant la période suivante, de 1948 à 1954, le taux de césariennes est passé à 2,4% et la mortalité maternelle a chuté à 180/100.000. Un taux de césariennes de 1,8% (aussi pour toutes indications confondues) se retrouve aux Pays-Bas en 1968⁴² pour une mortalité maternelle de l’ordre de 20/100.000⁴³. L’augmentation des taux de césariennes dans les années suivantes a atteint, au moins pour la mortalité maternelle, la limite du rendement décroissant (Figure 3).

FIGURE 3. MORTALITÉ MATERNELLE ET TAUX DE CÉSARIENNES AUX PAYS-BAS ET EN ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES (1968-1991)



Validation locale

Une autre approche consiste à utiliser les taux d'interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue, mesurés dans le milieu urbain dans lequel une maternité hospitalière fonctionnelle existe, comme taux repère. L'hypothèse (qui mérite d'être vérifiée, par exemple par une enquête sur les décès des femmes en âge de reproduction originaires de la ville) est que dans un milieu urbain disposant d'une maternité hospitalière fonctionnelle, il y a une garantie d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et que les femmes de la ville s'y rendront en cas de problème. L'avantage de cette approche pratique est double: les responsables du système de soins ont moins de résistance à accepter le taux repère puisqu'il a été construit par leur équipe (il n'est pas importé) et, d'autre part, il tient compte des variations épidémiologiques locales, pour autant que les femmes d'origine urbaine aient bien les caractéristiques épidémiologiques des femmes du milieu rural (ce qui n'était pas le cas au début du siècle en Angleterre⁴⁴).

Au Maroc, on a utilisé le taux urbain médian d'interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues. Ce taux repère est de l'ordre de 1%. Il correspond au taux observé pour les femmes du milieu urbain de Kasongo, RD Congo (1,1% pour la période 1976-1984)⁴⁵, du Mali (Bamako: 1,2%; Kolondieba: 1,3%) ou de Guinée-Bissau (Gabu: 1,1%). Ce taux sous-estime l'ampleur du besoin, mais a l'avantage majeur de correspondre à un minimum que les professionnels locaux ne peuvent contester. Ce ne serait pas le cas avec d'autres valeurs proposées pour les taux de césariennes "obligatoires, nécessaires ou absolues", et qui varient de 1,5%⁴⁶ à 1,8%⁴⁷, 3%⁴⁸, 5%⁴⁹ ou même 10%⁵⁰. La variation de ces recommandations montre à quel point la notion de besoin peut être différemment exprimée et à quel point il est dès lors nécessaire de préciser ce que l'on mesure, tout en gardant à l'esprit qu'il ne s'agit que d'une hypothèse de travail et non d'une norme "absolue et universelle".

De telles hypothèses de travail transforment une mesure en principe facile et reproductible (les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues) en un indicateur des déficits en soins obstétricaux qui restent à couvrir. Le choix des indications et des interventions qui constituent l'indicateur du besoin obstétrical à couvrir dépend en partie des priorités décidées (la vie de la mère) et en partie de la qualité des informations à recueillir (reproductibilité et validité). Ce sont ces critères qui ont prévalu dans l'élaboration de l'indicateur au Maroc.

Calcul de l'indicateur

Le nombre d'interventions obstétricales majeures pratiquées pour les indications maternelles absolue est relevé pour une période donnée (rétrospectivement ou de manière prospective si les données s'avèrent imprécises) dans les registres et rapports d'activités de (des) l'hôpital (hôpitaux) de la zone géographique considérée. Afin de conserver les qualités de l'indicateur (précision, robustesse) on précisera les Interventions Obstétricales Majeures (IOM) pris en compte ainsi que les Indications Maternelles Absolues (IMA), en soustrayant tous les cas ayant bénéficié d'une intervention majeure pour une indication non absolue. Le calcul et l'analyse se feront dans une population donnée, ce qui implique une aire géographique déterminée. Il est donc nécessaire que l'origine des patientes soit précisée dans les registres et rapports utilisés pour le recueil de données afin que l'ensemble des calculs prennent en compte la même population (le même dénominateur).

Pour une population donnée dans une période déterminée, l'indicateur « besoins obstétricaux non couverts » est calculé comme suit :

Besoin obstétrical non couvert = (NA x TxRef) – (Nbre d'IOM/IMA)

NA = nombre de naissances attendues pendant la période de l'étude

TxRef = taux d'IOM pour IMA de référence

Nbre d'IOM/IMA = nombre d'interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue effectuées dans la même population pendant la même période

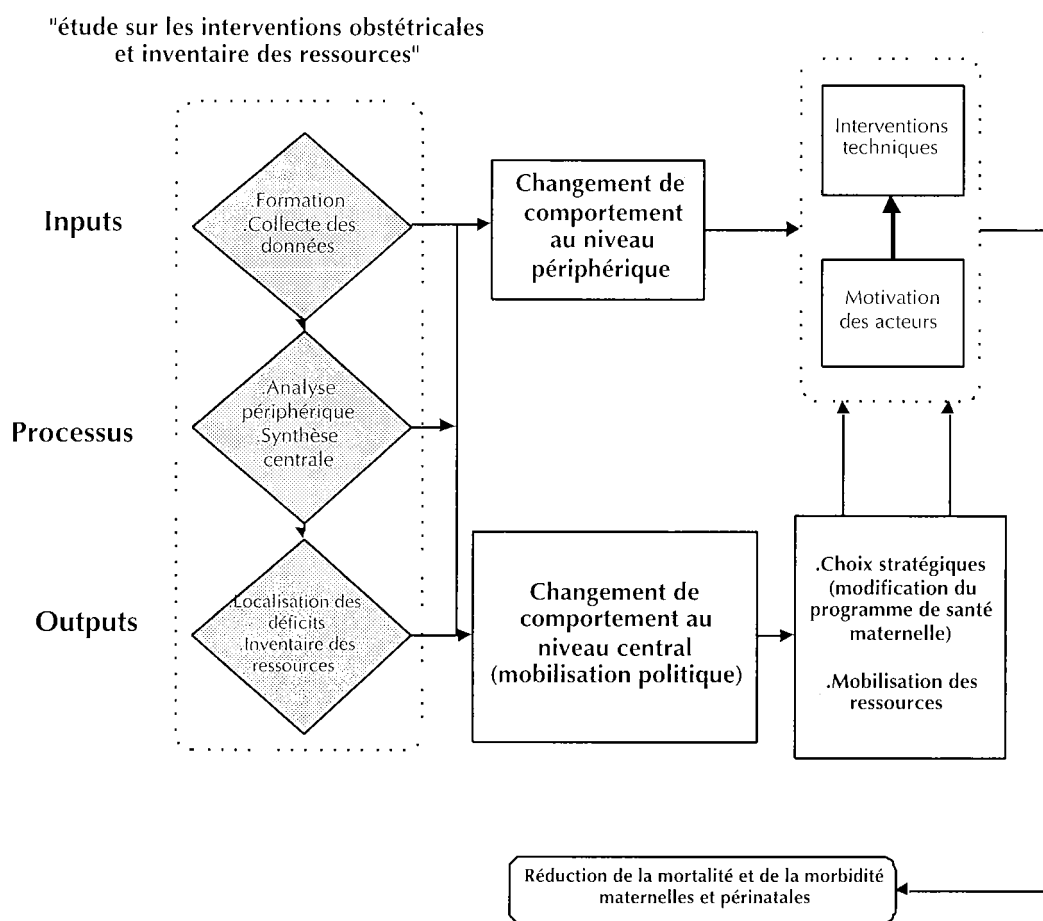
6. UNE IMPLICATION LARGE DES ACTEURS ET DES INTERVENANTS

Pour réaliser une étude sur les besoins obstétricaux non couverts, puis pour en utiliser les résultats pour une démarche active et opérationnelle de planification sanitaire et de changement de stratégie ou de politique de santé, il est essentiel que tous les niveaux du système de santé soient impliqués dans la recherche et que les tâches soient distribuées dès le début du processus. La raison d'être de cette implication large des intervenants est liée à la dynamique de changement qu'induit la mise en évidence des déficits et leur analyse causale plus qu'à l'étude en tant que telle car le recueil de données se veut simple, faisable par des équipes locales et basé sur les informations existant dans les services hospitaliers.

Les soins obstétricaux essentiels, dans le sens de soins vitaux pour la mère, nécessitent un système de santé performant (hôpitaux, services de santé de 1^{er} échelon, système de référence) et les éléments essentiels de la lutte contre la mortalité maternelle sont en fait ceux qui sont requis pour le développement des services de santé en général. Les changements qu'il faudra apporter au système de santé seront importants dans la plupart des cas; c'est pourquoi l'implication des décideurs dans le processus de recherche et d'analyse est une question cruciale.

Une autre raison pour impliquer un large panel d'acteurs dans l'étude est que les problèmes sont en grande partie vulnérables par des mesures politiques et stratégiques et pas uniquement par un surcroît de ressources, ou si celles-ci se révélaient nécessaires, la répartition plus judicieuse des ressources existantes peut bien souvent apporter des solutions tout à fait acceptables. Les recherches historiques menées sur la mortalité maternelle³¹ ont montré combien les choix politiques ont été importants pour réduire la mortalité maternelle en Suède par exemple, bien avant l'apparition des techniques de l'obstétrique moderne. Parmi ces mesures, on peut citer la diffusion de l'information sur la mortalité, la professionnalisation des services d'obstétrique (formation de sages-femmes) et les mesures sociales qui garantissent l'accès aux structures.

FIGURE 4. IMPACT ATTENDU DE L'ÉTUDE SUR LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES



Source : De Brouwere et Van Lerberghe, 1998

Dans la figure 4, l'étude est présentée comme un système dans lequel il y a des inputs (la formation des équipes provinciales et la collecte des données), un processus (l'analyse des données) et des outputs (la localisation des déficits les plus graves et un inventaire des ressources). L'impact attendu de ce type d'étude sur la réduction de la mortalité maternelle n'est pas direct. On s'attend à ce que les acteurs au niveau périphérique, en estimant l'étendue des déficits et en analysant les causes, prennent conscience de l'importance du problème et de sa vulnérabilité potentielle, par exemple par l'instauration d'un dialogue avec les populations, l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers ou la mise en place d'un système de référence-évacuation. Ces interventions ne sont possibles que si les acteurs périphériques sont motivés (d'où l'importance cruciale de leur implication dans la collecte et l'analyse des données) et que le niveau central leur apporte le soutien nécessaire. Au niveau central, la cartographie des besoins non couverts, la distribution des ressources existantes et l'analyse des goulots d'étranglements devraient constituer un puissant stimulant (et une base objective) pour adapter les stratégies et l'allocation des ressources.

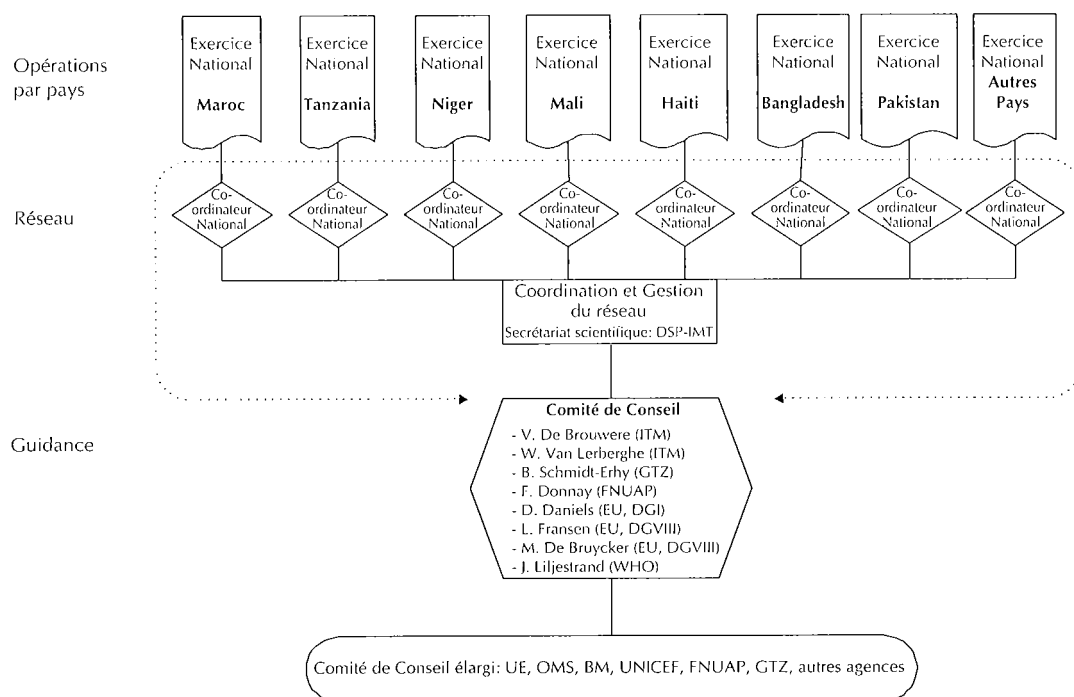
7. RÉSEAU INTERNATIONAL « BESOINS NON COUVERTS POUR LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES » (UNMET OBSTETRIC NEEDS – UON)

L'approche d'analyse et de planification basée sur le calcul des besoins obstétricaux pour des interventions majeures non couverts, ainsi que l'impact du processus sur les politiques et les stratégies de développement sanitaire fait l'objet d'un projet financé par l'Union Européenne (DG 8) sous la forme d'un réseau qui comprend (Figure 5) :

- Des équipes nationales dans certains pays en développement,
- Une équipe de coordination et de gestion basée au département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Antwerpen (Anvers),

- Un comité conseil international composé des membres des organisations les plus étroitement impliquées dans le développement de cette initiative : UNICEF, GTZ, Communauté Européenne (DG VIII et DGI), OMS, Banque mondiale, FNUAP.

FIGURE 5. ORGANISATION DU RÉSEAU « BESOINS NON COUVERTS POUR LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES MAJEURES » (UNMET OBSTETRIC NEED NETWORK)



Justification du réseau

La mesure des besoins obstétricaux non couverts permet de fournir des données sur la situation des services obstétricaux dans des aires géographiques particulières. Ces mesures peuvent être utilisées pour la planification et le suivi du développement des services de santé et peuvent être un point de départ très concret de dialogues sur la politique et les stratégies sanitaires au niveau local, régional ou national. D'un point de vue opérationnel, les besoins obstétricaux non couverts s'expriment en nombre de femmes qui auraient du bénéficier d'une intervention obstétricale; il est donc possible d'estimer le besoin en interventions pour les urgences obstétricales sans avoir recours à de larges et coûteuses études dans la population. Les estimations faites sont utiles pour comparer la disponibilité des techniques dans différentes aires géographiques, identifier les régions où les besoins sont les plus importants, et ainsi mieux cadrer les dépenses à réaliser pour assurer un développement des services. Les responsables de la planification sanitaire peuvent aussi utiliser les besoins obstétricaux non couverts pour suivre l'amélioration du développement sanitaire et son impact sur la mortalité maternelle.

Les besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures peuvent donc être un levier pour les interventions, bien plus qu'un outil de mesure. C'est pourquoi un exercice de recueil de données et d'analyse des besoins obstétricaux non couverts dans un pays peut:

- Aider à créer la conscience politique en faveur du développement de la santé maternelle,
- Apporter facilement l'information nécessaire pour planifier et prioriser le développement des services,
- Induire des interventions de lutte contre la mortalité maternelle au niveau local en changeant certaines attitudes, en mobilisant les ressources et en adaptant mieux les pratiques professionnelles aux besoins des femmes.

L'utilisation des besoins non couverts pour les interventions obstétricales majeures comme point d'entrée pour le lancement ou la révision d'une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle peut être source de nombreux bénéfices comme :

- Encourager des discussions communautaires et des pressions politiques pour la mobilisation des ressources et la formulation de stratégies d'amélioration des soins obstétricaux,
- L'implication directe des professionnels de santé et des communautés dans l'amélioration des soins obstétricaux, et d'une manière plus générale, du système de référence,
- Rendre possible le suivi des tendances dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle.

Estimer les besoins obstétricaux non couverts est donc un point de départ pour des interventions concrètes en termes de développement de politique sanitaire et d'amélioration de la santé maternelle.

Les modules complémentaires

Les modules de base pour l'estimation des besoins obstétricaux non couverts pour des interventions d'urgence sont disponibles. Ils ont été testés à l'échelon national au Maroc par l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) avec le support de l'Institut de Médecine Tropicale d'Antwerpen (Anvers). L'expérience marocaine a montré que l'indicateur est utile, éthique, robuste, représentatif, compréhensible et facilement calculable. Il a aussi prouvé son efficacité comme inducteur de changements politiques et opérationnels. Cet indicateur a besoin encore de validations plus larges avant de l'utiliser à plus large échelle dans des pays où cette approche serait utile. La validation de la méthodologie basée sur les besoins obstétricaux non couverts dans d'autres contextes est à présent nécessaire pour définir les circonstances dans lesquelles elle reste valable ainsi que les contraintes et les évidences qui peuvent en guider la diffusion à large échelle.

Parallèlement à ce module de base, d'autres outils sont élaborés afin de préciser l'analyse de certains problèmes comme les comportements du personnel obstétrical, leur esprit de responsabilité, les tâches des sages-femmes, les systèmes de référence et d'évacuation et la qualité des soins obstétricaux dans les hôpitaux. Certains de ces « modules complémentaires » ont été utilisés avec succès au Maroc, mais ils nécessitent également d'autres précisions et d'autres essais. De nouveaux modules devraient être élaborés et testés; ceux-ci seront tournés vers l'impact des changements politiques et opérationnels induits par un processus de calcul et d'analyse des besoins obstétricaux non couverts.

La constitution d'un réseau permet de réaliser des exercices de récoltes de données et d'analyse sur les besoins obstétricaux non couverts dans des contextes différents et d'en réaliser une synthèse et une analyse approfondie, afin d'en apprécier la reproductibilité, la faisabilité et l'impact effectif sur les politiques et stratégies sanitaires.

Termes de référence du réseau Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures

Le projet « réseau des besoins obstétricaux non couverts pour des interventions majeures » a pour termes de référence :

1- But :

Le projet contribuera à l'amélioration des capacités de planification et de développement de politiques sanitaires, ainsi que de services de santé, pour réduire la mortalité maternelle

2- Objectif général :

Le projet produira un ensemble d'outils robustes pour que les pays en développement à hauts taux de mortalité maternelle puissent élaborer des politiques de santé adéquates en terme de planification et de développement des services de santé.

3- Produits attendus :

- Un ensemble d'outils et de guides techniques validés, en français et en anglais, dont le point central est l'estimation des besoins obstétricaux non couverts pour des interventions d'urgence ainsi que des publications scientifiques sur le sujet.
- Une masse critique d'au moins 7 équipes nationales familiarisées avec ces outils, formant le réseau des besoins obstétricaux non couverts.
- Au moins 7 études de cas sur des pays ainsi que leur analyse comparative, y compris l'analyse critique de la situation et la documentation des changements politiques.

L'approche des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures

Références

- 1 WHO AND UNICEF (1996) Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF, WHO/FRH/MSM/96.11 Geneva : WHO.
- 2 ROSENFELD, A. (1989) Maternal mortality in developing countries: an ongoing but neglected 'epidemic'. *J.A.M.A.*, 262 : 376-379.
- 3 ABOUZAHR, C., ROYSTON, E. (1991) Maternal Mortality: a global factbook, Geneva : World Health Organization.
- 4 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1952) Comité d'experts de la maternité. Premier rapport. Etude préliminaire. SRT n°51. OMS, (Ed.) 1-28. Geneva : OMS ; TÜRMEK, T. AND ABOUZAHR, C. (1994) Safe Motherhood. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 46, 145-153.
- 5 ENKIN, M. (1993) Intrapartum care of fetus and mother in developed countries. In: Baum, J.D. (Ed.) *Birth risks*, pp. 149-157. New-York : Raven Press.
- 6 BARRETT, J.F.R., JARVIS, G.J., MACDONALD, H.N., BUCHAN, P.C., TYRREL, S.N., LILFORD, R.J. (1990) Inconsistencies in clinical decisions in obstetrics. *Lancet*, 336 : 549-551.
- 7 DE MUYLDER, X., THIERY, M. (1990) The cesarean delivery rate can be safely reduced in a developing country. *Obstet. Gynecol.*, 75 : 360-364; DE MUYLDER, X. (1993) Caesarian sections in developing countries: some considerations. *Health Pol. Plann.*, 8(2) : 101-112.
- 8 BOUILLIN, D., FOURNIER, G., GUEYE, A., DIADHIOU, F., Cissé, C.T. (1994) Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. *Cahiers Santé*, 4 : 399-406.
- 9 BOISSELIER, P., MOGHIORACOS P., MARPEAU L. ET AL. (1987) Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18 605 accouchements. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 16 : 251-260.
- 10 DE BROUWERE, V., LAABID, A., VAN LERBERGHE, W. (1996) Quels besoins en interventions obstétricales ? Une approche fondée sur l'analyse spatiale des déficits. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 44 : 111-124.
- 11 SHEEHAN, K.H. (1987) Caesarean section for dystocia: a comparison of practices in two countries. *Lancet* 1 : 548-551.
- 12 O'DRISCOLL, K., AND FOLEY, M. (1983) Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstet. Gynecol.*, 61 : 1-5.
- 13 OJO, V.A. AND OKWEREKWU, F.E.O. (1988) A critical analysis of the rates and indications for caesarean section in a developing country. *Asia-Oceania J. Obstet. Gynaecol.*, 14(2) : 185-193.
- 14 MAILLET R., SCHAAL JP, SLOUKGI JC ET AL. (1991) Comment réduire les taux de césarienne en CHU ? *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 86 : 294-300.
- 15 WALLACE, S. (1984) Les pratiques obstétricales. In: Janowitz, B., Lewis, J., Burton, N. and Lamprey, P. (Eds.) *Santé reproductive en Afrique Subsaharienne: les questions et les choix*, pp. 22-26. USA: Family Health International.
- 16 ROYSTON, E., ARMSTRONG, S. (1990) La prévention des décès maternels, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- 17 HARRISON, K.A. (1990) Social and health factors contributing to high maternal mortality. In : *Maternity care in developing countries*. pp 3-5. Bullough, C.H., Lennox, C.E., and Lawson, J.B (Eds) London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- 18 GREENWOOD, A.M., Greenwood, B.M., Bradley, A.K., Williams, K., Shenton, F.C., Tulloch, S., Byass, P., Oldfield, F.S. (1987) A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bull. WHO*, 65 : 635-643.
- 19 KAUNITZ, A.M., SPENCE, C., DANIELSON, T.S., ROCHAT, R.W., GRIMES, D.A. (1984) Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 150 : 826-831.
- 20 NORDBERG, E.M. (1984) Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *B. M. J.*, 289 : 92-94 ; FRANCOME, C., SAVAGE, W. (1993) Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? *Soc. Sci. Med.*, 37 : 1199-1218.
- 21 THIERY, M. AND DEROM, R. (1986) Review of evaluation studies on caesarean section. I. Trends in caesarean section and perinatal mortality. In: Kaminsky, M., Bréart, G. and Buekens, P. (Eds.) *Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European Community countries*, pp. 93-113. London: Oxford University Press ; NOTZON, F.C., PLACEK, P.J., TAFFEL, S.M. (1987) Comparisons of national caesarean-section rates. *N. Engl. J. Med.*, 316 : 386-389 ; LOMAS, J., ENKIN, M. (1989) Variations in operative delivery rates. In: Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse ; VANDENBROEK, N., VAN LERBERGHE, W., PANGU, K.A. (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). *Int. J. Gynecol. Obstet.* 28, 337-342 ; SAKALA, C. (1993) Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. *Soc. Sci.*

- Med., 37 : 1177-1198 ; FRANCOME, C., SAVAGE, W. (1993) Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? Soc. Sci. Med., 37 : 1199-1218 ; HEMMINKI, E., GISSLER, M. (1994) Variation in obstetric care within and between hospital levels in Finland. Br. J. Obstet. Gynaecol. 101 : 851-857 ; NOTZON, F.C., CNATTINGIUS, S., BERGSJO, P., COLE, S., TAFFEL, S.M., IRGENS, L., KJERSTI DALTVEIT, A. (1994) Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am. J. Obstet. Gyne-col., 170 : 495-504 ; VAN ROOSMALEN J. AND VAN DER DOES, C.D. (1995) Caesarean birth rates worldwide: a search for determinants. Trop. Geo. Med. 47, 19-22 ; TEPERI, J., KESKIMAKI, I., HEMMINKI, E., ERKKOLA, R., MERI-LÄINEN, J. (1995) A population-based analysis of variation in Caesarean birth rates. Eur. J. Public Hlth, 5: 116-122.
- 22 WALLACE, S. (1984) Les pratiques obstétricales. In: Janowitz, B., Lewis, J., Burton, N. and Lamprey, P. (Eds.) Santé reproductive en Afrique Subsaharienne: les questions et les choix, pp. 22-26. USA: Family Health International; BOERMA, J.T. (1987a) Levels of maternal mortality in developing countries. Stud. Fam. Plann., 18 : 213-221 ; ROYSTON, E., ARMSTRONG, S. (1990) La prévention des décès maternels, Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; THE PREVENTION OF MATERNAL MORTALITY NETWORK (1995) Situation analyses of emergency obstetric care: examples from eleven operations research projects in West Africa. Soc. Sci. Med., 40 : 657-667.
 - 23 BOERMA, J.T. (1987b) The magnitude of the maternal mortality problem in Sub-Saharan Africa. Soc. Sci. Med., 24 : 551-558 ; ROSENFELD, A. (1992) Maternal mortality: community-based interventions. Int. J. Gynecol. Obstet., 38 : S17-S22.
 - 24 WALKER, G.J., ASHLEY, D.E., MCCAW, A.M. AND BERNARD, G.W. (1986) Maternal mortality in Jamaica. Lancet i, 486-488.
 - 25 ZHANG, L., DING, H. (1988) Analysis of the causes of maternal deaths in China. Bull. WHO 66, 282-286.
 - 26 KANE, T.T., EL KADY, A.A., SALEH, S., HAGE, M., STANBACK, J., POTTER, L. (1992) Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude, causes, and prevention. Stud. Fam. Plann., 23 : 45-57.
 - 27 BHATIA, J.C. (1993) Levels and causes of maternal mortality in southern India. Stud. Fam. Plann., 24 : 310-318.
 - 28 FAUVEAU, V., KOENIG, M.A., CHAKRABORTY, J., CHOWDHURY, A.I. (1988) Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-85. Bull. WHO, 66 : 643-651.
 - 29 GREENWOOD, A.M., GREENWOOD, B.M., BRADLEY, A.K., WILLIAMS, K., SHENTON, F.C., TULLOCH, S., BYASS, P., OLDFIELD, F.S. (1987) A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. Bull. WHO, 65 : 635-643.
 - 30 NOTZON, F.C., CNATTINGIUS, S., BERGSJO, P., COLE, S., TAFFEL, S.M., IRGENS, L., KJERSTI DALTVEIT, A. (1994) Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am. J. Obstet. Gyne-col., 170 : 495-504.
 - 31 VANDENBROEK, N., VAN LERBERGHE, W., PANGU, K.A. (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). Int. J. Gynecol. Obstet. 28, 337-342.
 - 32 LENNOX, C.E. (1990) Difficult labour. In : Maternity care in developing countries., pp 19-20. Bullough, C.H., Lennox, C.E., and Lawson, J.B (Eds). London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
 - 33 MUNJANJA, S.P., LINDMARK, G., NYSTRÖM, L. (1996) Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. Lancet, 348 : 364-369.
 - 34 BUTLER, N.R., BONHAM, D.G. (1963) Section I Postmortem findings. In: Perinatal mortality, pp. 143-176. Edinburgh: Churchill Livingstone.
 - 35 FRANCOME, C., SAVAGE, W. (1993) Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? Soc. Sci. Med., 37 : 1199-1218.
 - 36 WILMOTT DOBBIE, B.M. (1982) An attempt to estimate the true rate of maternal mortality, sixteenth to eighteenth centuries. Medical History 26, 79-90.
 - 37 HECHT, J. (1980) L'évaluation de la mortalité aux jeunes âges dans la littérature économique et démographique de l'ancien régime. In: Boulanger, P.M. and Tabutin, D. (Eds.) La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, pp. 29-83. Liège: Ordina Editions.
 - 38 PELLER, S. (1965) Births and deaths among Europe's ruling families since 1500. Chicago: Aldine Publishing Co.
 - 39 HÖGBERG, U., WALL, S. (1986) Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull. WHO, 64 : 79-84.
 - 40 SHORTER, E. (1984) Le corps des femmes, Paris: Editions du Seuil.
 - 41 BAIRD, D. (1955) Caesarean section: its use in difficult labour in primigravidae. B. M. J., 1159-1163.

- 42 LOMAS, J., ENKIN, M. (1989) Variations in operative delivery rates. In: Chalmers, I., En-kin, M. and Keirse,
- 43 LOUDON, I. (1992) Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950, Oxford: Oxford University Press.
- 44 BAIRD, D. (1960) The evolution of modern obstetrics. *Lancet* ii, 557-564.
- 45 VANDENBROEK, N., VAN LERBERGHE, W., PANGU, K.A. (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). *Int. J. Gynecol. Obstet.* 28, 337-342.
- 46 PETER, J., MARTAILLE, A., RONAYETTE, D. ET AL. (1982) Les indications de la césarienne. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 77 : 175-182.
- 47 MAILLET R., SCHAAL JP, SLOUKGI JC ET AL. (1991) Comment réduire les taux de cé-sarienne en CHU ? *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 86 : 294-300.
- 48 BOUILLIN, D., FOURNIER, G., GUEYE, A., DIADHIOU, F., CISSÉ, C.T. (1994) Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. *Cahiers Santé*, 4 : 399-406.
- 49 NORDBERG, E.M. (1984) Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *B. M. J.*, 289 : 92-94.
- 50 JOFFE, M., CHAPPLE, J., PATERSON, C.M., BEARD, R.W. (1994) What is the optimal caesarean section rate? An outcome based study of existing variation. *J Epidemiol. Community Health*, 48 : 406-411.
- 51 DE BROUWERE V, TONGLET R, AND VAN LERBERGHE W (1998) Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of Western countries? *Trop.Med.&Int.Health*, 3 (10):771-782.