

Haiti

Le taux de mortalité maternelle en Haïti se situe encore à un niveau inacceptable. Si les chiffres sur la mortalité maternelle varient grandement par source et sont loin de faire l'unanimité, les meilleures estimations pour Haïti n'en montrent pas moins que 2 900 femmes et filles environ meurent chaque année suite aux complications liées à la grossesse. Et, en plus, chaque année, 58 000 à 87 000 femmes et filles haïtiennes souffrent d'invalidités imputables aux complications qui se présentent de la grossesse et de l'accouchement.¹

Et pourtant, la plupart de ces décès peuvent être évités grâce à des services de soins de santé efficaces par rapport aux coûts : c'est d'ailleurs autant une tragédie qu'une lueur d'espoir. Pour réduire la mortalité et l'invalidité maternelles, il faudra identifier et améliorer les services qui revêtent une importance cruciale pour la santé des femmes et des filles haïtiennes, notamment les soins prénatals, les soins obstétricaux d'urgence, des soins adéquats du post-partum pour les mères et les bébés ainsi que les services de planification familiale et de lutte contre les MST/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.

Survol: Haïti

Nombre d'habitants, mi-2001	7 millions
Age moyen au premier mariage, toutes les femmes	21 ans
Naissances avec aide de personnel qualifié	24%
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants que met au monde une femme durant sa vie)	4.7
Femmes ayant un enfant à l'âge de 20 ans	32%
Enfants allaités exclusivement à des âges de moins de 6 mois	2%
Utilisation de la contraception chez des femmes mariées, âgées de 15-49 ans, méthodes modernes	22%
Politique liée à l'avortement, 2000	Interdit ou autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme.

Sources: Population Reference Bureau – 2002 *Women of Our World*; 2001 *World Population Data Sheet*; *The World Youth, 2000*; and 1999 *Breastfeeding Patterns in the Developing World* (see <http://www.worldpop.org/datafinder.htm>).

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 sociaux 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.

Le mariage précoce est une pratique traditionnelle qui comporte des répercussions pour la santé maternelle. Dans les pays en développement, un grand nombre de femmes se marient avant l'âge de 20 ans. La grossesse de l'adolescente dont le corps est encore en train de grandir et de se développer entraîne des conséquences négatives pour la santé de la mère et du bébé.

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.⁶ 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 services⁷, 10 à 25 experts dans chaque pays – connaissant les programmes de santé maternelle de leur pays sans toutefois être directement responsables 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 ;

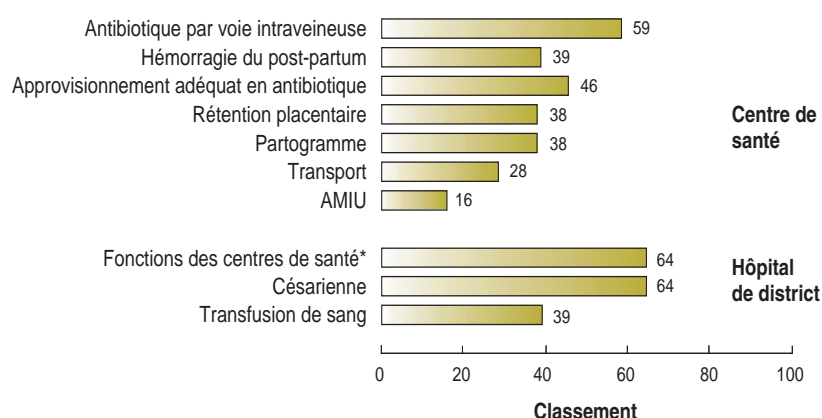
- Promotion de la santé ;
- Formation du personnel ; et
- Suivi et recherche.

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 cinq diagrammes suivants, organisés par type d'effort de programme, présentent les indicateurs importants de l'étude d'Haïti.

Capacité des services

Dans l'ensemble, la capacité des services en Haïti en ce qui concerne la prestation des soins obstétricaux d'urgence a obtenu un classement de 47 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'antibiotique par voie intraveineuse est le service fourni le plus couramment dans les centres de santé en Haïti mais il n'a reçu qu'un classement modéré de 59. Les services les moins disponibles parmi ceux évalués dans les centres de santé sont les suivants : l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour les soins après avortement (16) et les arrangements pour les moyens de transport afin d'emmener rapidement une femme à l'hôpital de district en cas de complications (28). Les hôpitaux de district ont reçu des classements modérés pour la prestation de toute une gamme de services du niveau centre de santé (64) et pour les césariennes (64). Les transfusions de sang (39) représentent le service le moins disponible parmi ceux évalués dans les hôpitaux de district. En général, on a classé à un niveau plus faible la capacité des services tant dans les centres de santé que dans les hôpitaux de district en Haïti si on compare à la capacité de services dans d'autres pays de la région de l'Amérique latine/Caribbes.

Diagramme 1: Capacité des services des centres de santé et des hôpitaux de district en Haïti



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

Accès

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 Haïti puisque pratiquement les deux tiers (65%) de la population du pays vit dans les zones rurales.⁸ En général, Haïti a été classé de la manière suivante : 36 pour l'accès avec une moyenne de 23 pour l'accès rural et 50 pour l'accès urbain. Le diagramme 2 présente les classements de l'accès rural et urbain pour huit services. Certaines des lacunes ou insuffisances les plus prononcées au niveau de l'accès rural et urbain concernent le traitement pour l'hémorragie du post-partum (17 contre 52), le travail dystocique (15 contre 50) et les complications liées à l'avortement (13 contre 45). Tous les services ont un faible classement pour l'accès rural, allant du plus bas, à savoir 4 pour les services liés à l'avortement sans risques à un maximum de 40 pour les services prénatals. Même dans l'optique de l'accès urbain, la plupart des services ont reçu des classements faibles à modérés et il existe donc une grande marge de manœuvre pour améliorer l'état des choses.

Soins reçus

Dans la plupart des pays, les soins du nouveau-né obtiennent généralement un meilleur classement que les services obstétricaux ou prénatals. Toutefois, en Haïti, les soins du nouveau-né et les services prénatals ont obtenu le même classement. Dans l'ensemble, les soins reçus ont obtenu un classement de 50 avec un classement moyen de 53 pour les soins du nouveau-né, 52 pour les soins prénatals et 45 pour les soins obstétricaux. Le diagramme 3 présente les indicateurs clés pour chaque type de soins. La présence d'un accoucheur ou d'une accoucheuse qualifié(e) lors de l'accouchement⁹ est l'un des indicateurs les plus importants de la mortalité maternelle et il a obtenu un classement de 43. Au titre des autres éléments essentiels qui jouent un rôle pour réduire la mortalité maternelle, on a les soins obstétricaux d'urgence et le contrôle-bilan à 48 heures du post-partum qui ont reçu respectivement des classements de 37 et 28. Du point de vue soins reçus, le vaccin anti-tétanique pour les femmes enceintes (70) a obtenu le classement le plus élevé alors que les conseils et le dépistage volontaires (CDV) pour le VIH (20) ont obtenu le classement le plus faible.

Diagramme 2. Comparaison de l'accès aux services dans les zones rurales et urbaines en Haïti

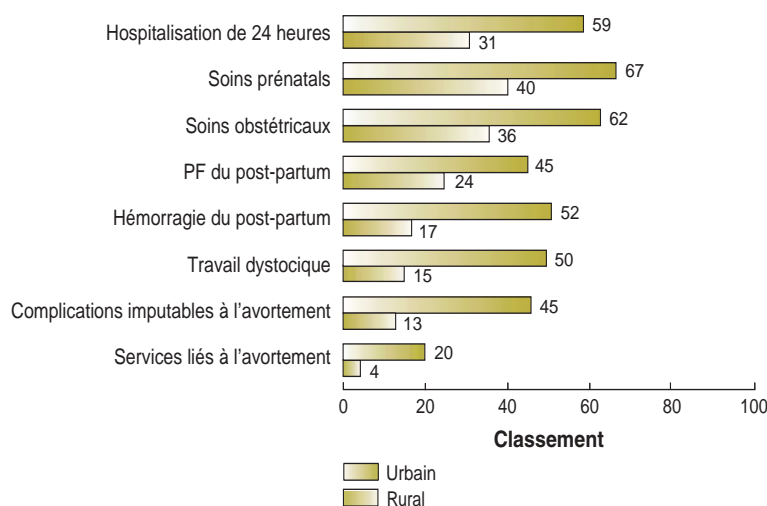


Diagramme 3. Soins prénatals, lors de l'accouchement et du nouveau-né, reçus en Haïti

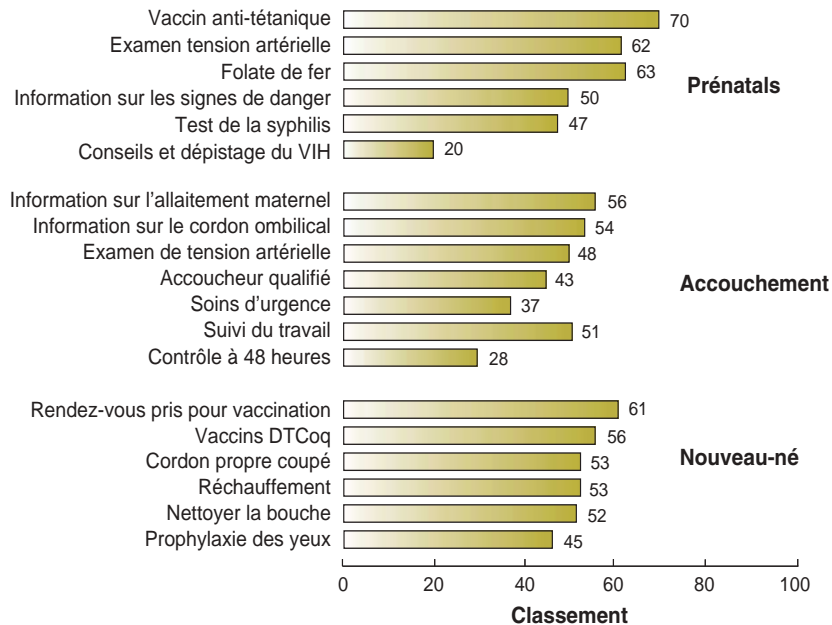
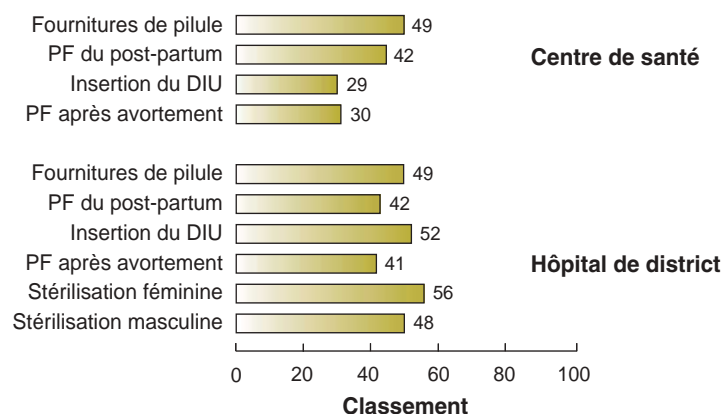


Diagramme 4: Prestation de services de planification familiale dans les centres de santé et les hôpitaux de district en Haïti



Planification familiale

Les services de planification familiale en Haïti fournis par les centres de santé et les hôpitaux de district pris ensemble ont obtenu un classement de 43. Le diagramme 4 présente les classements pour les services individuels de planification familiale fournis par les centres de santé et les hôpitaux de district en Haïti. Ces classements se fondent sur la capacité des établissements, l'accès aux services et les soins reçus. Si les hôpitaux de district étaient légèrement mieux classés que les centres de santé, par contre les deux ont obtenu des notes faibles et modérées pour divers services de planification familiale. L'insertion du DIU (29) et la planification familiale après avortement (30) ont reçu les notes les plus faibles pour les services évalués dans les centres de santé. La planification familiale après avortement (41) et du post-partum (42) ont été classées au niveau le plus faible pour les services évalués dans les hôpitaux de district.

Fonctions de politiques et de soutien

Diagramme 5 : Fonctions de politiques et de soutien en Haïti



Les fonctions de politiques et de soutien en Haïti ont reçu un classement général de 37. Les classements pour les fonctions de soutien, indiqués sur le Diagramme 5, sont divisés dans les catégories suivantes : politiques, ressources, suivi et recherche, promotion de la santé et formation. En général, les politiques ont obtenu un classement légèrement meilleur si l'on compare à d'autres fonctions de soutien. Un classement modéré de 58 a été accordé à la politique ministérielle concernant la santé maternelle. Il convient de renforcer l'engagement face à cette politique par l'intermédiaire de communications plus fréquentes à la presse et au public de la part des responsables de haut niveau- aspect de la politique qui n'a obtenu qu'une note de 44. L'existence d'une politique adéquate pour le traitement des complications imputables à l'avortement (33) est l'aspect qui a été classé tout au bas de l'échelle.

Si les classements haïtiens concernant les éléments de politiques comportent une marge importante pour procéder à des améliorations, les politiques même quand elles sont adoptées ne se traduisent pas forcément en services de qualité au niveau local. En effet, un grand nombre de fonctions de soutien en Haïti dont les ressources, le suivi et la recherche, la promotion de la santé et la formation doivent être renforcées davantage. Les classements pour le budget du gouvernement (38) et la disponibilité de services gratuits (24) sont moins bons que les ressources du secteur privé qui ont obtenu un classement de 62. D'après ces évaluations, Haïti doit

améliorer les capacités de suivi et de recherche, notamment les systèmes de collecte et d'analyse de l'information statistique routinière (23) et les hôpitaux, pris individuellement, doivent examiner chaque cas de décès maternel dans l'établissement et en tirer les leçons nécessaires (24).

La promotion sanitaire et l'éducation du public sont des volets complémentaires importants de la prestation de services de santé maternelle. Des thèmes tels que les coutumes nuisibles (23), des lieux sans risques pour accoucher (28) et les complications liées à la grossesse (34) exigent tous une attention. 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. L'évaluation montre que des plans de formation pratique en obstétrique ont été mis au point (62) mais la formation en elle-même est inadéquate dans le pays avec ses maillons les plus faibles dans le domaine de la formation des sages-femmes et infirmières nouvellement recrutées (22) et de la formation en cours d'emploi pour les médecins nouvellement recrutés (26).

Comparaisons mondiales

Dans l'ensemble, les experts ont donné un classement de 42 aux services de santé maternelle et néonatale en Haïti alors que la moyenne était de 56 pour les 49 pays qui ont participé à l'étude MNPI. Ce classement place les services en Haïti au 46^e rang sur 49 pays. Haïti a été classé au rang le plus faible parmi les 13 pays étudiés dans la région de l'Amérique latine/Caraiïbes.¹⁰ 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 en Haïti à cerner et délimiter le domaine 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 d'Haïti aux moyennes mondiales pour neuf éléments choisis du MNPI. Le tableau montre que les classements d'Haïti pour les neuf éléments sont inférieurs aux moyennes mondiales. C'est dans les domaines suivants que l'on note les plus grandes disparités entre l'évaluation mondiale et celle d'Haïti : accès urbain (68 contre 50), soins obstétricaux d'urgence (55 contre 37), information et conseils sur l'allaitement maternel (74 contre 56) et planification familiale après avortement (54 contre 36). Les vaccinations (62) ont obtenu la meilleure note en Haïti. Les indicateurs avec les classements les plus faibles – demandant probablement des mesures urgentes – sont les suivants : conseils et dépistage volontaires pour le VIH (20), accès rural à des services de maternité sans risques (23) et contrôle du post-partum à 48 heures (28).

Tableau 1: Comparaison de classements MNPI pour des éléments choisis, moyenne mondiale et Haïti, 1999

Indicateurs de Services Maternels et néonataux	Evaluation Mondiale (Moyenne de 49 pays)	Haïti
Accès aux services de la maternité sans risques pour les femmes enceintes*		
Accès rural	39	23
Accès urbain	68	50
En mesure de recevoir des soins	55	37
A reçu un rendez-vous pour le contrôle du post-partum à 48 heures	41	28
Vaccinations**	76	62
A recommandé de commencer immédiatement l'allaitement maternel	74	56
A offert conseils et dépistages volontaires du VIH	30	20
Planification familiale après avortement	54	36
Politique de santé maternelle	72	58
Ressources budgétaires adéquates	48	38
Classement général	56	42

* 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 DTC0q et rendez-vous pour autres vaccinations.

Récapitulatif

Les classements MNPI indiquent qu'Haïti doit formuler des politiques de santé maternelle et néonatale et prendre les mesures nécessaires pour garantir un bon accès à des services et programmes au niveau local. Il existe de vastes divergences au niveau entre l'accès rural et urbain pour de nombreux services. Toutefois, les femmes dans toutes les régions doivent avoir accès à de meilleurs soins prénatals et obstétricaux dont l'assistance d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement, des contrôles lors du post-partum à 48 heures après l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence. Il convient d'améliorer plusieurs aspects liés aux soins du nouveau-né dont les vaccinations. En

outre, la disponibilité ainsi que l'accès sont limités en ce qui concerne les méthodes de planification familiale (telles que la pilule et le DIU). Les services de conseils et de dépistage pour le VIH sont extrêmement limités et cette situation est préoccupante puisque plus de 5% de la population adulte haïtienne (âgée de 15 à 49 ans) est atteinte, d'après les estimations, du VIH/SIDA.¹¹ Finalement, à l'instar de la plupart des pays en développement, les services de soins de santé maternelle et néonatale en Haïti se heurtent au problème du manque de ressources – du point de vue ressources des secteur public et privé – qui entrave l'expansion de programmes aux fins de répondre adéquatement aux besoins des femmes.

Domaines de mesures prioritaires

Les interventions suivantes se sont avérées efficaces pour améliorer la santé maternelle et néonatale et, partant, elles méritent d'être envisagées dans le cadre de l'effort haïtien en vue de renforcer les politiques et les programmes de santé maternelle et néonatale.

Élargir 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.

Élargir 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.

Élargir 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.

Élargir 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.

Références

¹ L'estimation de la mortalité maternelle de l'OMS/ UNICEF/FNUAP 1995 est la source utilisée pour calculer ces chiffres. 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 pas 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 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.

⁷ 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 la 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

⁸ Population Reference Bureau, 2001. *2001 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. Disponible à l'adresse suivante: http://www.prb.org/content/NavigationMenu/other_reports/2000-2002/sheet4.html

⁹ 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.

¹⁰ Les pays de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes inclus à cet indice sont les suivants : Bolivie, Brésil, République dominicaine, Equateur, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Paraguay et Pérou.

¹¹ Voir ONUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, Juin 2000. Disponible à http://www.unaids.org/epidemic_update/report/Epi_report.htm

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

E-mail: j.ross@fghi.com
Fax: J.Ross +1 (860) 657-3918
Website: <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).