



et 48 % respectivement en Tunisie et au Botswana mais seulement de 4 % en Éthiopie et au Niger. Elle est pendant la même période, 1990-1998, de 75 % en France.

La pression de la société et des hommes souvent pro-natalistes en Afrique fait que les femmes ont rarement la maîtrise de leur fécondité.

Souvent les hommes veulent davantage d'enfants que les femmes. Des enquêtes effectuées au Nigeria ont montré que même chez des étudiantes mariées la non-utilisation de contraceptifs modernes était encore, en 1995, liée au refus du mari dans un cas sur cinq.

Au Kenya, 58 % des femmes contre 49 % des hommes ne veulent plus avoir d'enfants, ces pourcentages sont respectivement de 28 et 19 % au Ghana.

Les conséquences d'une absence de planification familiale sont nombreuses : décès maternels et infantiles dus aux grossesses rapprochées, avortements clandestins effectués dans des conditions dangereuses... Beaucoup de femmes ont recours à ces derniers pour empêcher des naissances non souhaitées. On estime

que 10 à 20 millions d'avortements, pratiqués chaque année dans l'illégalité, entraînent plus de 100 000 morts et des millions de cas d'infections et de stérilité.

Les programmes de maternité sans risque

Trop de femmes meurent encore en donnant la vie ! Le taux moyen de mortalité maternelle enregistré en 1990 est de 640 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique au sud du Sahara contre 15,5 dans les pays développés. Si ce chiffre est de 230 en Afrique du Sud il atteint 1 200 en Ouganda et au Sénégal et 1 800 en Sierra Leone. Le risque de mortalité encouru par la femme africaine est de 1/19 contre 1/10 000 chez l'Européenne.

Devant cette situation désastreuse, plus que des vœux, il faut une volonté politique au plus haut niveau, un programme de maternité sans risques dont la mise en œuvre sera facilitée par une mobilisation communautaire, un système de soins prénatals et obstétricaux performant et décentralisé et une approche multisectorielle. En effet, les obstacles pour accéder à une prise en charge de qualité sont variés. Ils sont d'ordre géogra-

Mortalité maternelle : la honte de notre époque, le défi des années à venir

Avec un taux pouvant aller jusqu'à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité maternelle n'est pas liée uniquement au développement économique mais surtout à l'existence de soins obstétricaux de qualité.

La mortalité maternelle constitue la pointe la plus extrême de l'inégalité existant entre les femmes des pays pauvres et celles des pays riches. Mais qu'est-ce que la mortalité maternelle ?

La mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus » ;

- « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. »

« Le taux de mortalité maternelle est le rapport entre le nombre des décès maternels (directs et indirects) au numérateur et le nombre des naissances vivantes correspondantes au dénominateur, exprimé en pour 100 000. »

Ces définitions sont préconisées depuis longtemps par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui les publie dans la classification internationale des maladies. Elles sont généralement admises, et très largement utilisées à travers le monde.

Malgré les difficultés rencontrées, en particulier dans les pays ne disposant pas de système permanent de recueil de données d'état-civil et de données médicales, la connaissance de la fréquence et des causes de la mortalité maternelle a réellement progressé, depuis une dizaine d'années.

Le taux varie considérablement au sein même des pays pauvres : il atteint des sommets en Afrique subsaharienne, certaines estimations faisant état de taux

supérieurs à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays les plus défavorisés, contre des taux de 450 à 600 dans les moins mal lotis. Dans l'enquête Moma, récemment menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest, avec la même méthodologie, le taux de mortalité maternelle, non compris le premier trimestre de la grossesse, est de 263 pour 100 000 naissances vivantes, en moyenne dans les capitales tandis qu'il dépasse 850 en zone rurale [4].

Des valeurs plus modérées sont observées en Amérique du Sud de même qu'en Asie où certains pays, tels le Sri Lanka, sont parvenus avec succès à restreindre l'ampleur du phénomène.

Les causes sont également bien répertoriées, hémorragies de la délivrance et du *post partum*, complications de l'hypertension gravidique, infections et dystocies sont les pathologies à l'origine des morts maternelles, dans ces pays. Des traitements efficaces existent pour la plupart d'entre elles. Des études montrent, y compris dans les pays les moins développés et compte tenu des conditions locales, que 70 à 90 % des décès seraient « évitables ». Au sein même d'un pays les différences peuvent être considérables, par exemple entre milieu rural et milieu urbain. Récemment, il a été montré au

Marie-Hélène Bouvier-Colle
Directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) unité 149, Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes

phique (rayon de couverture encore trop grand dans la plupart des pays, zones enclavées, moyens de déplacement rudimentaires etc.), technique (qualité des services : plateau technique et accueil inadéquats), administratif (lourdeur des règles et procédures), humain (personnel qualifié insuffisant et mal réparti), culturel (lié aux conditions de l'accouchement et au statut de la femme). Dans la plupart des pays africains des programmes nationaux appuyés par une coopération bilatérale et multilatérale sont opérationnels mais les résultats escomptés sont encore loin d'être atteints.

Les programmes de MST/sida

Aujourd'hui près de 15 millions de femmes en âge de procréer dans le monde sont séropositives au VIH. Les taux les plus élevés sont retrouvés en Afrique au Sud du Sahara. Dans les centres urbains d'Afrique australe des taux entre 20 et 30 % sont la norme. Partout, le risque d'infection pour les femmes augmente. Si, dans un pays comme la France, la proportion est passée de 12 à 20 % en 10 ans, en Afrique sub-saharienne cette

proportion a toujours été autour de 50 %. Cette vulnérabilité est plus importante chez les plus jeunes. En effet dans la région ouest du Kenya, entre 15 et 20 ans, 1 jeune fille sur 4 est infectée contre 1 sur 25 chez les garçons, des chiffres comparables sont enregistrés dans d'autres pays de la sous-région comme la Zambie et le Botswana. Les relations sexuelles précoces surtout avec des hommes beaucoup plus âgés expliquent en partie cette situation. Des programmes d'information et de sensibilisation ciblant spécifiquement les jeunes filles ont été à l'origine d'une diminution drastique des taux de prévalence dans cette tranche d'âge dans des pays comme l'Ouganda.

Dans la plupart des pays africains, les comités nationaux de lutte contre les MST/sida appuyés par des organisations non gouvernementales (ONG) et groupements féminins ont développé des programmes de prévention du sida chez les femmes. Dans quelques centres pilotes des projets de prévention de la transmission mère-enfant ont également été initiés.

Sénégal comment le dépistage de la morbidité est directement lié au niveau de qualification du personnel de santé qui assiste les femmes à l'accouchement (sages-femmes, accoucheuses traditionnelles plus ou moins formées, ou famille), ce qui explique les différences de mortalité [8].

L'un des acquis les plus importants de ces dernières années est la reconnaissance du rôle primordial des soins obstétricaux, au moment de l'accouchement et du *post partum*. Ainsi, les différences de mortalité maternelle entre les pays proviennent, certes, de l'inégal développement économique, mais en partie seulement car des pays ayant les mêmes niveaux économiques ont des situations distinctes. Ceci remet en cause la stratégie, prônée auparavant, et faisant la promotion des soins de santé. Les leçons de quinze ans de programmes internationaux, développés en faveur de la maternité sans risques, orientent vers une révision radicale de la politique de santé ; il paraît désormais bon et utile de mettre à la portée de toutes les femmes enceintes des soins de qualité !

D'autres travaux ont mis en lumière les principaux obstacles à la baisse de la mortalité maternelle dans les pays pauvres contemporains, par comparai-

son à la chute qui fut observée dans les pays européens, environ un siècle auparavant. Ces travaux insistent sur la nécessaire distinction à faire entre conditions techniques et conditions politiques, toutes deux composantes essentielles de la santé publique [9].

En ce qui concerne les conditions techniques : l'information sur l'ampleur du problème, son « évitabilité », demeure soit largement indisponible par pays, soit externe ou agrégée [18]. La formation de professionnels de l'obstétrique (accoucheuses traditionnelles, surveillance prénatale) reste illusoire ; la stratégie d'accès aux soins est entravée par la faiblesse du système de santé. En ce qui concerne les aspects politiques, les auteurs soulignent combien la prise de conscience demeure internationalement et faiblement perçue localement par les populations directement concernées, tandis que l'enrôlement et la responsabilité des médecins sur place est bloquée par des conflits d'intérêt. La faiblesse congénitale des Etats et leur manque de ressources ôtent toute crédibilité à leur action en termes d'engagement financier et de réglementation, ce qui limite leur rôle davantage encore.

Ainsi peut-on résumer la situation présente de la manière suivante : les fac-

teurs socio-démographiques constituent de piètres variables prédictives de la mortalité maternelle, la stratégie qui consiste à évaluer le risque au cours de la surveillance prénatale a montré sa faillite et les meilleurs prédicteurs du risque maternel sont ceux établis à proximité de l'accouchement. Par conséquent, assurer l'accès de toutes les femmes, où qu'elles soient, à des soins obstétricaux de qualité semble devoir s'imposer comme perspective. C'est le défi qu'il faut relever dans les années à venir. Compte tenu des coûts que cela suppose (peu de chose en fait comparativement à certains programmes de santé), il s'agira beaucoup de volonté politique.

Dans les pays pauvres, où la santé des femmes dépend en premier lieu de leur rôle de reproductrice, la grossesse et l'accouchement sont encore trop souvent des épreuves, parfois fatales. Le combat pour la santé génésique*, ranimé à la Conférence du Caire, devrait aider les femmes de ces pays-là, avant tout. ■

* Par santé génésique on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.