

Sous la direction de
Hachimi Sanni Yaya

RISQUER LA MORT POUR DONNER LA VIE

**Politiques et programmes de santé
maternelle et infantile en Afrique**



Risquer la mort pour donner la vie

POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNELLE
ET INFANTILE EN AFRIQUE

Risquer la mort pour donner la vie

**POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNELLE
ET INFANTILE EN AFRIQUE**

Sous la direction de
Hachimi Sanni Yaya



**Presses de
l'Université Laval**

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada (FLC) pour nos activités d'édition.

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada



Mise en page : Diane Trottier

Maquette de couverture : Laurie Patry

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.
Dépôt légal 2^e trimestre 2017

ISBN 978-2-7637-3504-7
PDF 9782763735054

Les Presses de l'Université Laval
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Aperçu général de la mortalité maternelle en Afrique et dans le monde 1

Sanni Yaya et Bernard Kadio

1. La mortalité maternelle: cadre conceptuel	2
1.1 Le premier retard: les rapports liés au genre.	3
1.2 Le deuxième retard: l'environnement global y compris les crises sociales	4
1.3 Le troisième retard: le système de santé	5
2. Évolution de la mortalité maternelle en Afrique et dans le monde.	6
2.1 Des années 60 aux années 80.	7
2.2 Les années 90	8
2.3 L'ère des OMD: 2000-2015	11
3. Situation actuelle et regards sur l'avenir.	13
3.1 La situation globale	13
3.2 La situation en Afrique	14
Aux deux extrémités du continent	14
Le bloc australo-oriental	15
Le bloc équatorial	15
3.3 Perspectives 2030	16
Conclusion	17

PREMIÈRE PARTIE

COMPRENDRE LE DÉFI DE LA SANTÉ DES FEMMES DANS LE MONDE D'AUJOURD'HUI

CHAPITRE I

Situation épidémiologique et stratégies de réduction de la mortalité maternelle dans le monde et en Afrique subsaharienne. 23

Issiaka Sombié et Sanni Yaya

Introduction	23
1. Mesurer la mortalité maternelle	24
1.1 De la pluralité des approches	24
2. Causes de décès maternels.	27
3. Comprendre la mortalité maternelle à partir du modèle des trois retards.	28
3.1 Le premier retard.	29
3.2 Le deuxième retard	29
3.3 Le dernier retard	30

4. Stopper l'épidémie des décès maternels	31
4.1 L'approche de la mortalité à moindre risque	31
5. Perspectives pour la santé maternelle et infantile: quelques pistes d'action.	33

CHAPITRE II

Modèles théoriques de recours aux soins de santé maternelle et infantile en Afrique 41

Vissého Adjiwanou et Sanni Yaya

Introduction	41
1. Modèles théoriques de recours aux soins de santé maternelle dans les pays en développement	44
1.1 Modèle théorique de Thaddeus et Maine (1994)	44
1.2 Modèle théorique de Gabrysch et Campbell (2009)	45
2. Autres modèles théoriques	47
2.1 Modèles théoriques sociopsychologiques: prise en compte de l'autonomie des femmes	48
2.2 Le <i>Health Belief Model</i>	48
2.3 La <i>Theory of Planned Behavior</i>	49
3. Le <i>Behavioural Model</i> et l'apport de Kroeger: tenir compte de la signification de la maladie	50
3.1 Le <i>Behavioural Model</i>	50
3.2 Apports de Kroeger (1983)	50
4. Modèles théoriques tournés vers le contexte	51
4.1 Nécessité de prise en compte du contexte	51
4.2 Mécanismes d'influence du contexte	52
4.2.1 La connexion	52
4.2.2 Les normes	54
4.2.3 La connaissance et la diffusion	55
Conclusion	56

CHAPITRE III

Les interventions de santé maternelle et infantile: vers une meilleure prise en compte des besoins des populations en Afrique 61

Lara Gautier, Mosa Moshabela et Manuela De Allegri

Introduction	61
1. État des connaissances sur les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile dans neuf pays d'Afrique subsaharienne	62
1.1 Résultats des interventions mises en œuvre auprès des communautés	63
1.2 Résultats des interventions mises en œuvre auprès des prestataires de soins de santé	64
2. Synthèse	65

3.	Lacunes dans la littérature.	65
3.1	Réflexions sur la place occupée par la science d'implantation.	65
4.	Progresser dans l'analyse des perceptions et préférences des bénéficiaires des interventions de SMNI	67
4.1	Tenir compte des bénéficiaires tant au plan communautaire...	67
4.2	... qu'au plan des prestataires de soins de santé	68
5.	Tendre vers des systèmes de santé centrés sur les populations	69
	Conclusion	70

DEUXIÈME PARTIE
CRISES, SYSTÈMES DE SANTÉ ET PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ
DES MÈRES ET DES ENFANTS

CHAPITRE IV

**Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions
de la qualité des soins de santé.** 75

Lara Gautier et Valéry Ridde

	Introduction	75
1.	Des résultats mitigés	78
1.1	La qualité « structurelle »	80
1.2	Qualité de la relation interpersonnelle	81
1.3	Qualité de la réception dans les établissements de santé : le respect avant tout	82
1.4	Déploiement de l'autonomisation des patients et des professionnels de santé.	82
2.	Une insuffisante prise en compte de la dignité des patientes?	84
3.	Une conception biomédicale de la qualité?	85
4.	Vers une meilleure prise en compte du contexte local?	86
	Conclusion	87

CHAPITRE V

**Le financement basé sur les résultats en matière de santé maternelle :
lorsque l'arbre cache la forêt** 95

*Emmanuel N'koué Sambieni, Sédjo Gratien Dieudonné Eclou,
Nadine Sossouhounto et Elisabeth Paul*

	Introduction	95
1.	Les logiques prévalant à l'expansion de l'approche FBR en matière de santé maternelle et infantile	97
2.	Les écueils pourtant connus auxquels se heurte le FBR.	99
3.	Le FBR au Bénin, ou la chronique d'un désenchantement annoncé	102
4.	Qu'a-t-on oublié avec le FBR?	108
	Conclusion	110

CHAPITRE VI**Le *leadership* des agents de santé: un déterminant essentiel pour comprendre les effets d'une politique de santé maternelle au Burkina Faso 115***Loubna Belaid et Valery Ridde*

Introduction	115
1. Méthodes	117
1.1 Devis de recherche.	117
1.2 Méthodes de collecte de données.	118
1.3 Analyse des données	119
1.4 Site de l'étude	119
2. Résultats	120
2.1 Des initiatives pour promouvoir les accouchements dans les établissements de santé.	120
2.2 Établissement d'une relation positive et de confiance avec les communautés	122
2.3 Travailler avec éthique et professionnalisme.	123
3. Discussion	124
3.1 <i>Leadership</i> et qualité des soins	125
3.2 <i>Leadership</i> et collaboration avec les agents de santé communautaire.	126
Conclusion	128

TROISIÈME PARTIE**CONTEXTE LOCAL ET MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE****CHAPITRE VII****Le Niger face à ses défis démographiques: quelles implications pour la planification familiale et la santé maternelle et infantile? 135***Sanni Yaya et Idé Seydou*

Introduction	135
1. La planification familiale.	136
1.1 Planification familiale: définition et avantages.	136
1.2 Situation de la planification familiale dans le monde	138
1.3 La situation de l'utilisation de la planification familiale au Niger.	139
1.4 Besoins en matière de planification au Niger	141
2. Fécondité et ses déterminants au Niger.	142
3. Facteurs associés à l'utilisation des services de planification familiale au Niger.	145
3.1 Les caractéristiques sociodémographiques et économiques.	147
3.2 Les caractéristiques des services de santé	147
3.3 Les croyances et pratiques culturelles autour de la planification familiale.	148
Conclusion	149

CHAPITRE VIII**Les femmes enceintes et l'accès au traitement préventif intermittent contre le paludisme dans la commune de Sô-Ava au Bénin 153***Georges Danboundo et Sanni Yaya*

Introduction	153
1. Méthodologie	155
2. Le ministère de la Santé du Bénin et le traitement préventif intermittent	156
2.1 Les consultations prénatales et le traitement préventif intermittent	156
2.2 Les facteurs limitants du système de santé du Bénin : points de vue des décideurs politiques	158
2.3 Facteurs limitants du traitement préventif intermittent vus sous l'angle des femmes enceintes	158
3. Les représentations du paludisme et de la grossesse	160
3.1 Le paludisme : une maladie ordinaire et passagère	160
3.2 La consultation prénatale comme réponse à la maladie	161
3.3 Facilité d'accès aux médicaments de la rue, difficultés financières et accès aux consultations prénatales	162
4. Facteurs limitants du traitement préventif intermittent vus sous l'angle des professionnels de la santé	163
Conclusion	165

CHAPITRE IX**Participation communautaire et accès aux soins obstétricaux d'urgence au Mali : défis de financement du système de référence 171***Brahima Diallo*

Introduction	171
1. Contexte et justification	173
2. Méthodologie	175
2.1 Milieu d'étude	175
2.2 Collecte de données	175
3. Résultats	176
3.1 Mise en place du système de référence-évacuation	176
3.2 Fonctionnement du système de référence-évacuation	177
4. Financement du système	178
5. Nombre de patients évacués de Ouenkoro vers Bankass	180
6. Discussions	180
6.1 Perceptions du système de partage des coûts	180
6.2 Principes de solidarité, un défi pour la cohésion sociale	181
6.3 Comment interpréter le succès du système au niveau du district ?	182

6.4 Défis de participation communautaire dans le financement du système au sein du district . . . . .	.183
6.5 Réflexions sur le système . . . . .	.184
Conclusion . . . . .	.186

CHAPITRE X

Cartographie des risques contextuels de morbidité et de mortalité maternelle au Burkina Faso

Hermann Badolo et Dalomi Bahan

Introduction . . . . .	.191
1. Cadre théorique . . . . .	.194
1.1 Revue de la littérature . . . . .	.194
1.1.1 Santé maternelle et mortalité maternelle au Burkina Faso . . . . .	.194
1.1.2 Causes de la mortalité maternelle . . . . .	.195
1.1.3 L'approche de risque de mortalité maternelle: risque individuel et risque contextuel . . . . .	.199
1.2 Cadre conceptuel. . . . .	.200
1.3 Sources des données et choix des indicateurs . . . . .	.201
2. Estimation du risque contextuel de mortalité maternelle. . . . .	.203
2.1 Contraintes méthodologiques . . . . .	.203
2.2 Estimation des indicateurs de risque de mortalité maternelle, à l'échelle des régions. . . . .	.203
2.2.1 Méthode d'analyse . . . . .	.204
2.2.2 Estimation de l'indicateur de risque global . . . . .	.205
2.2.3 Identification des zones de haut risque par la cartographie statistique . .	.210
Conclusion . . . . .	.213

CONCLUSION GÉNÉRALE

Des barrières tenaces pour l'accès à une meilleure santé maternelle et néonatale en Afrique

Sanni Yaya

Notices biographiques229
---------------------------------	------

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Aperçu général de la mortalité maternelle en Afrique et dans le monde

Sanni Yaya

*École de développement international et mondialisation
Université d'Ottawa*

Bernard Kadio

*Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa*

Un fait qui rend le décès des mères si particulier, c'est le double paradoxe face auquel il nous place. D'abord, il y a quelque chose de fondamentalement injuste dans le fait qu'une personne perde la vie en mettant au monde une autre. Il y a là comme l'écho d'une fatalité digne des tragédies homériques, qui vient heurter notre subconscient collectif. Ensuite, tel qu'il se définit, le décès maternel est classé justement parmi les *mortalités évitables* et s'oppose donc aux autres causes de décès qu'on pourrait regarder avec une certaine impuissance. Ce qui a fait dire que les femmes ne meurent pas à cause de maladies que nous ne savons pas guérir, mais elles meurent parce que la société n'a pas encore décidé qu'il vaut la peine de sauver leur vie (Fathalla, 2006). La fin de l'ère des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) marque une période charnière dans la santé publique internationale. Non seulement c'est l'heure du bilan, mais c'est également le temps des perspectives afin de consolider les acquis des dernières décennies et de bâtir les jalons de celles à venir. La présente étude est un état des lieux de la mortalité maternelle. Elle se base sur une analyse des données colligées à partir de récents rapports et études sur la question. L'Afrique est le point focal de l'étude, ce continent contribuant à hauteur de plus de 57 % à la charge mondiale de la mortalité maternelle.

1. LA MORTALITÉ MATERNELLE : CADRE CONCEPTUEL

La mortalité maternelle se définit comme « 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 » (Hogan, Foreman *et al.*, 2010). Sur le plan étiologique, les causes de décès se répartissent en deux catégories (tableau I) : (i) les causes obstétricales *directes*, ce sont celles qui résultent de complications liées à la grossesse ou à sa prise en charge, (ii) les causes obstétricales *indirectes*, ce sont les complications d'une pathologie préexistante ou induite par la grossesse. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est le rapport qui correspond aux décès maternels observés en une année sur le nombre de naissances vivantes sur la même période. Il s'exprime pour 100 000 naissances vivantes.

Afin de mieux comprendre la chaîne de causalité qui sous-tend le phénomène, Thaddeus et Maine (1994) ont suggéré un modèle théorique qui, à ce jour, reste le plus utilisé dans la plupart des travaux sur les décès maternels (Thorsen et Sundby, 2012). En effet, la *théorie des trois retards* (Thaddeus et Maine, 1994) attribue le décès d'une femme enceinte à une série de délais s'opérant sur trois plans : (i) au plan *familial*, un retard dans la décision à chercher des soins, (ii) au plan *environnemental*, un retard dans l'accès à la structure de soins une fois la décision prise, et enfin (iii) au plan de la *structure des soins*, un retard dans la mise en place du traitement approprié. Pour l'intérêt de cette étude et afin d'éclairer certains des chiffres qui seront présentés dans la suite, il serait intéressant de s'arrêter un moment sur ces trois retards. Le modèle a en outre le mérite d'éclairer le champ pour l'action en indiquant les éléments spécifiques qu'il faudrait cibler (Chalumeau, 2002).

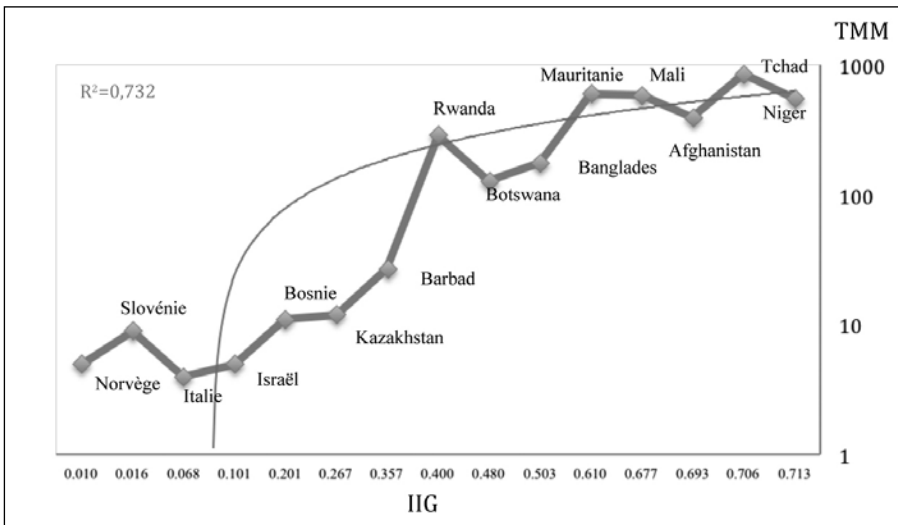
TABLEAU 1
CAUSES DIRECTES ET INDIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

PRINCIPALES CAUSES DIRECTES	PRINCIPALES CAUSES INDIRECTES
L'hémorragie	Infections (paludisme, hépatite)
Hypertension artérielle	Maladies cardio-vasculaires
Avortement	Maladies psychiatriques (suicides et violences inclus)
Septicémie	Tuberculose
Dystocie utérine	Épilepsie
Grossesse ectopique	Diabète
Embolie	
Causes liées à l'anesthésie	

1.1 LE PREMIER RETARD : LES RAPPORTS LIÉS AU GENRE

Le retard à la prise de décision dépend d'un certain nombre de paramètres psychosociaux dont le plus saillant est certainement le rapport des pouvoirs au sein de la cellule familiale. Il est établi en effet que les questions liées au genre ont un impact direct sur la santé maternelle (Ehrhardt, Sawires *et al.*, 2009). Cette relation sociale est d'ailleurs confirmée par les données. Le graphique I ci-après a été établi à partir de données extraites du dernier Rapport sur le développement humain (Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), 2015). Quinze pays ont été choisis et répartis en trois groupes en fonction de leur Index d'inégalité du genre¹ (IIG): faible, intermédiaire, élevé. Leur TMM a ensuite été recueilli à partir de la base de la Banque mondiale (World Development Indicators (WDI), 2015). Il apparaît clairement que les pays les plus inégalitaires par rapport au genre sont également ceux qui « tuent » le plus les mères, le TMM augmentant avec l'IIG dans une relation quasi linéaire.

FIGURE I
MORTALITÉ MATERNELLE ET INÉGALITÉS LIÉES AU GENRE



(D'après les données du HDR 2015 du PNUD et de la BM, WDI 2015)

1. Celui-ci mesure l'influence du genre dans trois cadres dimensionnels : la santé reproductive, l'accès au marché du travail et les postes de pouvoir. Un IIG à 1 traduit une inégalité parfaite tandis que 0 reflète la parfaite égalité.

1.2 LE DEUXIÈME RETARD : L'ENVIRONNEMENT GLOBAL Y COMPRIS LES CRISES SOCIALES

Atteindre la structure de soins la plus proche peut s'avérer un défi qui, si non résolu, peut entraîner le décès de la femme enceinte. Au-delà de la simple question de l'accessibilité géographique, le deuxième retard pose en réalité la problématique plus profonde de l'environnement global et de son rôle dans la mortalité maternelle (Ronsmans, Graham *et al.*, 2006). Selon des données convergentes, là où le contexte global est défavorable (tel que des situations de crises, de conflits armés ou d'instabilité politique), les faits démontrent que les femmes et les enfants seront les premiers à payer et à subir des conséquences. La Côte d'Ivoire en Afrique subsaharienne illustre parfaitement cette réalité. Une analyse de l'évolution du TMM depuis l'indépendance montre bien que la décennie de crise politico-sociale (2000-2010) a vu une augmentation des chiffres, et ce, malgré le fait que les sommes investies pendant cette période pour le couple mère-enfant aient été plus importantes que dans la période pré-crise comme le soutient le rapport *Côte d'Ivoire Countdown to 2015* (OMS, 2014). Un exemple similaire est représenté par des pays tels que la République démocratique du Congo (RDC) ou encore le Mali. L'instabilité sociale marquée par les crises à répétition ou prolongées affecte en premier lieu les mères (Urdal et Che, 2013). Ce qui rend le contexte global si important pour la santé en général et celle des plus vulnérables en particulier, comme le soutient Frohlich, c'est sa capacité de destruction du système social préétabli, empêchant les plus faibles de profiter de la provision générale ou de ce qu'il en reste (Frohlich, Corin et Potvin, 2001).

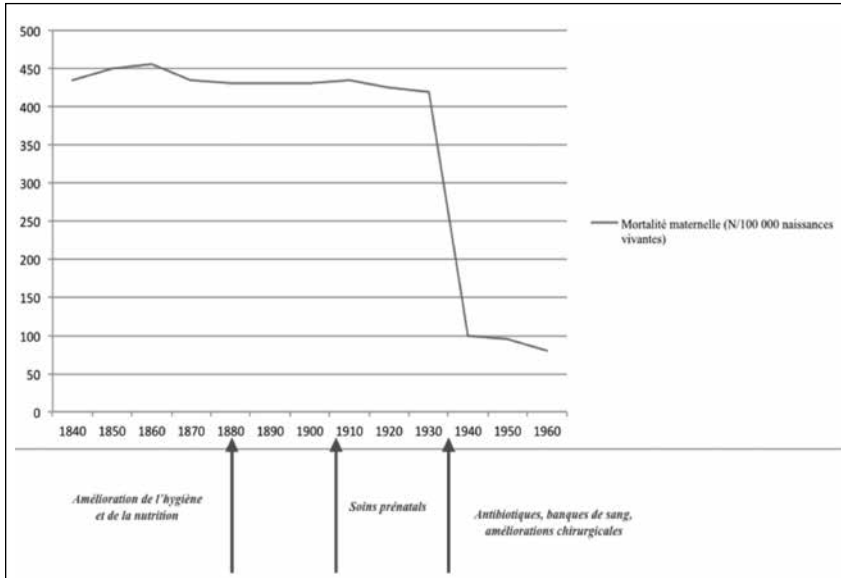
TABLEAU 2
CONFLITS ET CRISES ET EFFET SUR LA SANTÉ DES FEMMES

ÉTUDE	LIEU DU CONFLIT	CONSÉQUENCES
(Clark, Everson-Rose <i>et al.</i> 2010)	Palestine	Augmentation de la violence conjugale
(Kabakian-Khasholian, Shayboub <i>et al.</i> 2013)	Liban	Difficultés des mères à trouver des structures de soins adéquats
(Price et Bohara 2013)	Népal	Sous-utilisation des services de santé disponibles
(Fatusic, Kurjak <i>et al.</i> 2005)	Bosnie-Herzégovine	Inaccessibilité des services de soins
(Chynoweth 2008)	Iraq	Indisponibilité des services de base
(Voors, Nillesen <i>et al.</i> 2012)	Burundi	Changement d'attitude vis-à-vis de la provision publique
(Chi, Bulage <i>et al.</i> 2015)	Ouganda	Augmentation des psychoses puerpérales

1.3 LE TROISIÈME RETARD : LE SYSTÈME DE SANTÉ

Finalement, le dernier élément du cadre conceptuel est le système de santé. En effet, c'est au plan de la structure des soins que survient le décès maternel (90 % des cas), particulièrement dans les structures de référence. Pour ce qui est du cas spécifique de la mortalité maternelle, non seulement l'ensemble des éléments qui composent le système seront incriminés, mais il s'y ajoute une composante *d'urgence* (Okonofua, Yaya *et al.*, 2016). La réactivité du système hospitalier à pourvoir des Soins obstétricaux d'urgence (SOU), fussent-ils de base, est de loin le facteur le plus déterminant de la mortalité maternelle (Paxton, Maine *et al.*, 2005), d'autant plus que la première cause directe de décès concerne les hémorragies causées par l'accouchement (tableau 1). Quand on analyse l'évolution de la mortalité maternelle dans les pays développés, le rôle des SOU apparaît indiscutable dans la chute du TMM comme l'illustre bien la figure 2 empruntée de données sur le Royaume-Uni (Koblinsky, Conroy *et al.*, 2000). Plus près de nous, une étude gambienne a par exemple relevé qu'une sous-estimation de la sévérité des complications, les perceptions négatives du système de santé et l'absence de soins adéquats étaient les principaux carburants alimentant la mortalité maternelle dans le pays (Cham, Sundby *et al.*, 2005). Une étude malienne sur la question a montré une amélioration rapide du TMM à la suite de la mise en place de protocoles de SOU dans une structure de soins, le risque de décès ayant chuté de moitié, seulement deux ans après l'intervention (Fournier, Dumont *et al.*, 2009).

FIGURE 2
ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN GRANDE-BRETAGNE
ENTRE 1840 ET 1960



Source: Yaya S., Kadio B.

Ce sont donc ces trois éléments qui vont permettre de déterminer l'évolution de la mortalité maternelle tant au plan global qu'au plan local, tel que nous allons le voir plus loin.

2. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN AFRIQUE ET DANS LE MONDE

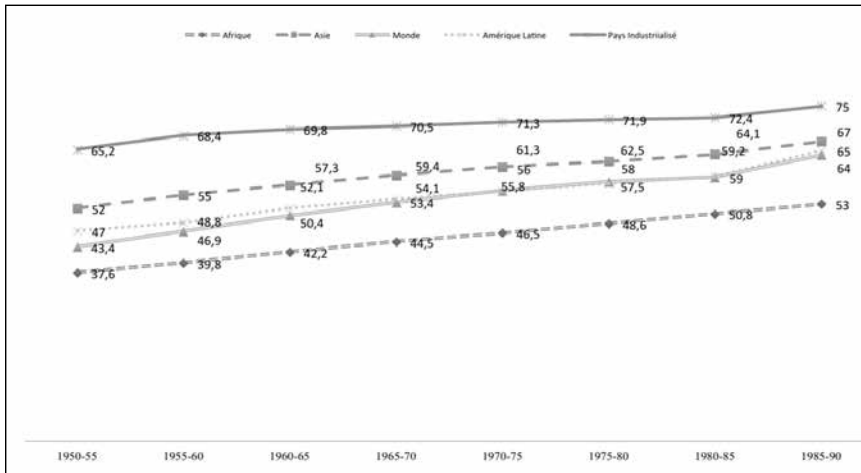
Les tendances actuelles de la mortalité maternelle dans le monde ne peuvent être mieux comprises qu'à la lumière de la chaîne d'événements historiques qui les ont construites. Aussi, un regard longitudinal permet de suivre l'évolution de la santé des femmes par rapport aux grands moments de la santé publique internationale et aux changements du contexte macro-économique global. Dans cette section, nous procéderons donc à une analyse historique de l'évolution du taux de mortalité maternelle dans le monde et en Afrique. Il est classique de prendre pour les pays en développement (PED) la période des indépendances (principalement les années 60) comme point de départ de la

plupart des études sociales. Non seulement les données avant cette période sont rares et difficiles à consolider, mais aussi les politiques de cette période échappaient à la souveraineté nationale directe du fait du joug colonial. Nous commencerons donc par cette période.

2.1 DES ANNÉES 60 AUX ANNÉES 80

Cette double décennie correspond à l'ère de l'État providence dans la plupart des pays nouvellement indépendants, notamment en Afrique et en Asie. En Europe, l'embellie économique amorcée dans l'après-guerre continue d'éclorre même si des signaux d'alerte se font sentir avec notamment les crises pétrolières. Mais dans l'ensemble, le contexte mondial est très favorable, certains auteurs parlant des années séparant 1945 et 1975 comme la période des Trente glorieuses (Sebillotte, 1996). Ce contexte global favorable se traduit sur le plan sanitaire, notamment dans les PED, par un service public de soins gratuits, assorti de médicaments aux coûts globalement accessibles, les pouvoirs publics y apportant une subvention. D'ailleurs, cet État providence sera renchéri au plan international par la Conférence d'Alma-Ata avec son fameux slogan « La santé pour tous ! » (Hall et Taylor, 2003). Une conséquence immédiate de cette approche apparaît dans la décennie qui suit les indépendances. On observe ainsi une amélioration nette et rapide des indicateurs de santé et un gain en espérance de vie aussi bien en Afrique que dans les autres parties du monde. En Afrique par exemple, entre 1950 et 1985, on voit l'espérance de vie presque doubler. Plus remarquable encore, c'est la réduction des écarts entre les régions : les continents asiatiques, sud-américains et africains ont pratiquement la même espérance de vie et l'écart avec les pays développés (PD) est à peine perceptible. La santé des femmes et des enfants épouse la tendance globale puisqu'on assiste à un recul net de la mortalité maternelle sur tous les continents. En 1980, un pays comme le Ghana enregistrait un TMM estimé de 210 décès pour 100 000 naissances vivantes, un record qui ne fut jamais égalé dans les trois décennies qui vont suivre. Il en va de même pour un pays comme le Zimbabwe avec un TMM similaire à 221 (WDI, 2014). Si plusieurs parties de l'Afrique affichent encore des taux élevés, ils sont relativement en baisse par rapport aux années 60, comme ailleurs dans le monde en développement. Les pays développés ayant amorcé leur transition 50 ans plus tôt.

FIGURE 3
ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE ENTRE 1960 ET 1990



Source: WDI, 2014

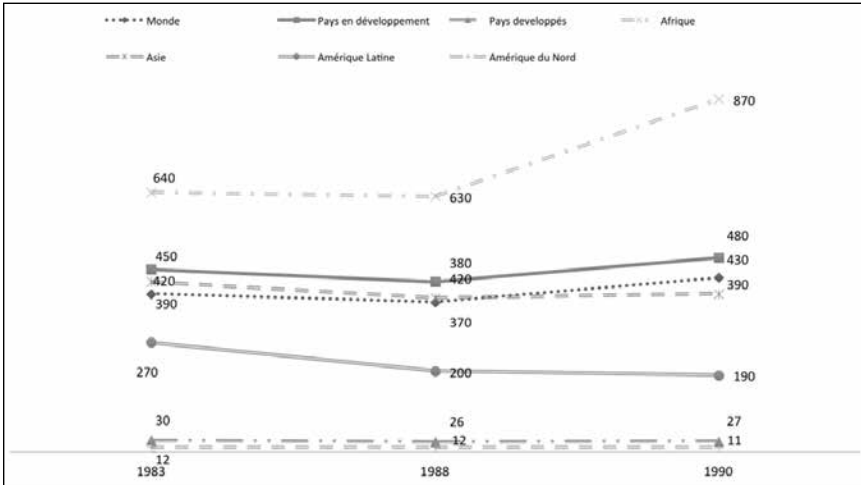
2.2 LES ANNÉES 90

Vers le milieu des années 80, le contexte macro-économique et politique international connaît un changement majeur dû à une crise financière, désignée comme *la crise de la dette* (1979). Pour faire face à ce défi inopiné, les grandes institutions financières internationales, notamment le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale (BM), réclament de la plupart des pays la mise en place de nouvelles politiques macro-économiques plus soucieuses de l'équilibre budgétaire. Celles-ci devaient s'adapter aux conditionnalités de l'Aide. C'est ainsi le début des Programmes d'ajustement structurel (PAS), qui signent la fin de l'État providence dans la plupart des pays africains. La caractéristique principale des PAS peut être résumée à un moindre engagement des pouvoirs publics dans des domaines sociaux clés, comme celui de la santé et celui de l'éducation, jugés trop coûteux pour les budgets des États (Bremant et Shelton, 2006). Dans la foulée, tout comme Alma-Ata aura été la traduction en santé publique de l'État providence, l'initiative de Bamako en 1986, sera la traduction en santé publique des PAS (Tizio et Flori, 1997). L'initiative de Bamako, du nom du programme résultant de la grande réunion tenue sous les auspices de l'UNICEF et d'autres agences multilatérales de la capitale malienne à l'été 1986, avait pour objectif annoncé d'assurer la durabilité des systèmes de santé en préconisant un recouvrement des coûts. Autrement dit, on passait désormais d'un financement des systèmes de santé, assuré essentiellement par les pouvoirs

publics, à une plus grande contribution des ménages. À ce jour, dans la plupart des pays, les paiements directs continuent de représenter la plus grosse part des dépenses de santé (Olivier de Sardan et Ridde, 2014). L'impact social et sanitaire des PAS et de leurs corolaires tels que l'initiative de Bamako, a été abondamment commenté dans la littérature, et la décennie 90 a été désignée par plusieurs auteurs, comme une décennie perdue pour le développement (Carrasco, 1999). L'impact sur la santé des mères est quasi immédiat. Une analyse comparative de l'évolution des TMM à l'échelle globale montre un rebond caractéristique de l'ensemble des données sanitaires et sociales lorsqu'on les analyse sur cette période (Fig. 4). Il apparaît clairement que le continent africain est passé d'un TMM de 633 en 1988, à 870 au début des années 90, soit un bond de près de 40 % en seulement deux années de PAS. Les mères et leurs enfants ont payé le plus lourd tribut des PAS. Et même des pays à l'époque très stables comme la Tunisie ont, au mieux, pu maintenir un taux stationnaire sur cette période. C'est également au courant de cette même période que l'infection du VIH va faire le plus de ravages dans les PED, notamment en Afrique. Ici encore les mères vont payer le tribut puisqu'une féminisation de l'épidémie est clairement reconnue par la plupart des études épidémiologiques sur le VIH. Selon Hogan, Foreman *et al.* (2010), en l'absence du VIH, le nombre de décès maternel aurait été bien moindre que ce qu'il est en ce moment.

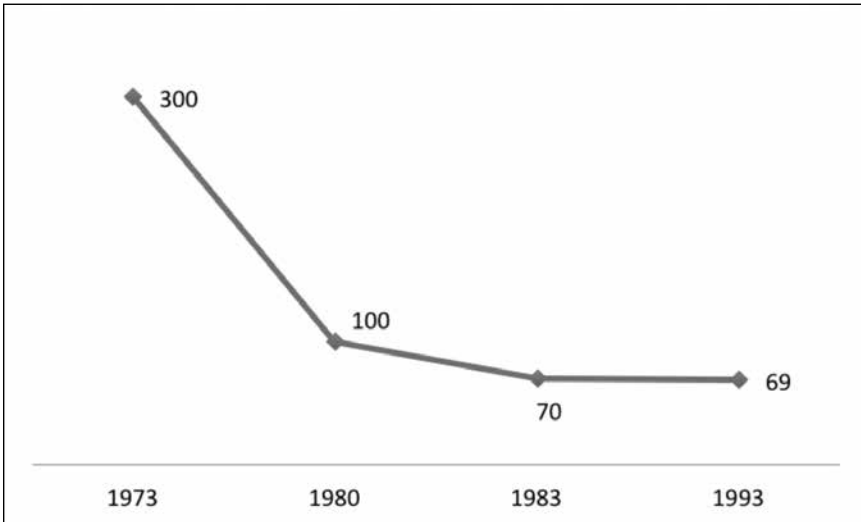
À la fin de la décennie 1990, le TMM retrouve donc les mêmes niveaux qu'après les indépendances. Les femmes les plus pauvres voient leur espérance de vie décliner et l'écart au plan global qui s'était réduit à la fin des années 80 s'est à nouveau creusé, avec des parties du monde où des femmes vivent le double du temps de vie d'autres femmes, et parfois à l'intérieur d'un même pays. Les causes profondes à l'origine du changement de politique macro-économique au plan international au début du nouveau millénaire demeurent un sujet de controverse. Il y a certainement des raisons politiques, avec un essoufflement du néo-libéralisme et une percée des idées de justice sociale face aux inégalités criardes qui se sont installées pendant la décennie 1990 (Fukuda-Parr et Hulme, 2009). Une certitude cependant, c'est qu'au début du nouveau millénaire, en 2000, les partenaires multilatéraux effectuent un changement de politique globale. Les PAS sont progressivement abandonnés au profit d'une nouvelle politique : les *Stratégies de réduction de la pauvreté* (SRP). Les secteurs sociaux de base reviennent à l'ordre du jour dans les politiques publiques. Et comme dans les deux précédentes périodes, le « corolaire santé publique » des SRP est décliné sous la forme d'un ambitieux programme, se traduisant en huit objectifs : les OMD, avec pas moins de six d'entre eux dédiés exclusivement à la santé. L'objectif cinq portera sur les mères, ayant pour but de réduire le TMM de 3/4 par rapport à ses valeurs de 1990.

FIGURE 4
IMPACT DES PAS SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LE MONDE



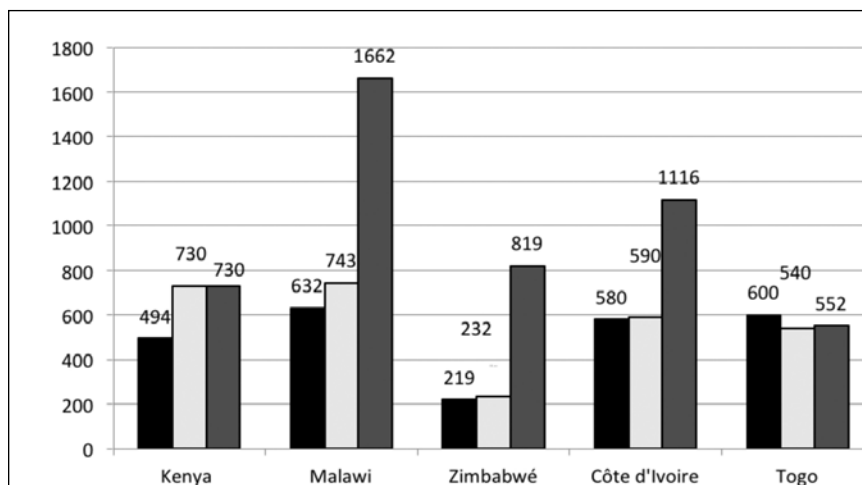
Source: Yaya S., Kadio B.

FIGURE 5
BAISSE DU TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE À PARTIR DES ANNÉES 80 EN TUNISIE



Source: Yaya S., Kadio B.

FIGURE 6
COMPARAISON DES TMM DANS QUELQUES PAYS D'AFRIQUE AU DÉBUT
DES OMD EN 1980, EN 1990 ET EN 2000



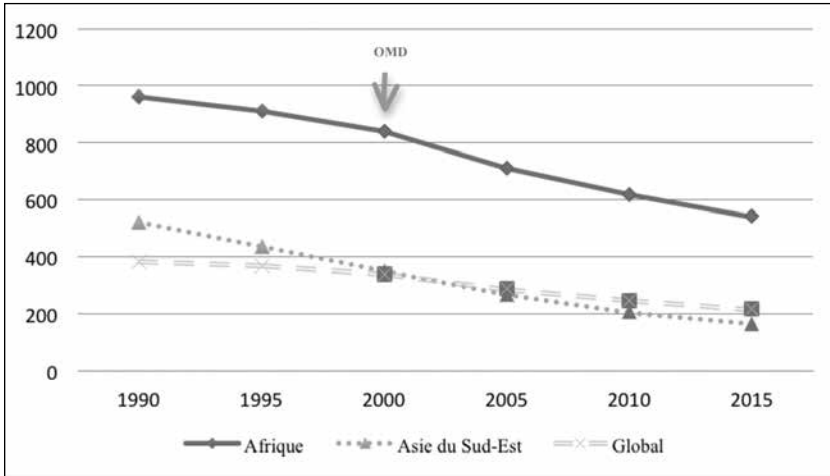
Source: Yaya S., Kadjo B.

2.3 L'ÈRE DES OMD : 2000-2015

La période 2000-2015 marque le retour en grâce des politiques sociales ambitieuses et la redécouverte de l'importance de la santé et de l'éducation dans le processus du développement par les pouvoirs publics internationaux (Lopez-Casasnovas, Rivera *et al.*, 2005). Une bonne illustration de ce paradigme se voit au plan des OMD qui renferment près de six objectifs sur huit en rapport avec la santé et l'éducation. Une chose est certaine, ce virage social de la politique internationale crée une nouvelle dynamique dans la santé du couple mère-enfant dont le taux de mortalité reprend le recul amorcé avant l'ère des PAS. Ainsi, selon l'OMS, au terme des OMD, et par rapport aux données de 1990, une baisse de 43 % a été obtenue à l'échelle globale sur la période 1990-2015, contre les 75 % initialement ciblés. Au plan désagrégé, en Afrique subsaharienne, certains pays ont pu réduire leur TMM de plus de la moitié. Mais c'est en Asie du Sud-Est et en Afrique du Nord que les gains sont les plus substantiels. Un recul annuel de 2,3 % en moyenne a donc été noté sur la période, mais dans bien des pays, la déclinaison était même de 5,5 % (OMS, 2015). Sur la courbe globale de l'évolution du TMM de 1990 à 2015 (Fig. 7), on note bien qu'à partir de 2000, la chute se prononce, et ce, jusqu'à

2005-2008, année à partir de laquelle la déclinaison ralentit. L'année 2008 correspond en effet à la crise financière mondiale entraînant l'instauration de politiques d'austérité dans la plupart des pays donateurs. Selon un document de politique générale de l'OCDE paru en 2012, un montant total de 120 milliards de dollars était nécessaire pour atteindre la totalité des Objectifs. Celui de la mère et de l'enfant aurait nécessité, en particulier dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, un montant global de 30 milliards de dollars (États-Unis) (OCDE, 2012). Il apparaît donc que la faiblesse des financements, mais aussi les politiques nationales parfois trop peu ambitieuses, ajoutées à des contextes sociaux instables, ont contribué à une décroissance moins rapide qu'espérée des TMM, dans certains pays. Une bonne illustration de cette conjonction de facteurs péjoratifs est fournie encore par le cas ivoirien mentionné au début de cet article, dont le TMM post-OMD reste supérieur à celui d'avant les OMD. La décennie de crise qu'a connue ce pays s'est malheureusement superposée à celle de l'engagement du millénaire. Mais la non-atteinte des objectifs peut aussi s'expliquer par l'échec de certains programmes implantés dans plusieurs pays. En effet, plusieurs publications convergent sur un point essentiel, l'investissement dans les SOU reste le programme de choix pour réduire la mortalité maternelle (Campbell, Graham *et al.*, 2006). Malgré ce tableau, il faut reconnaître qu'une dizaine de pays ont atteint l'OMD 5A, celui de réduire de 75 % le TMM par rapport à ses valeurs de 1990. Ce sont le Bhoutan, le Cap-Vert, le Cambodge, l'Iran, le Laos, les Maldives, la Mongolie, le Rwanda et le Timor Oriental (OMS, 2015). Une autre quarantaine de pays ont fait des progrès importants. Cependant, malgré ces progrès, on estime encore à 830 le nombre quotidien de décès maternels dans le monde avec plus de la moitié des cas hébergés par le continent africain. Le graphique ci-dessous présente la situation globale en 2015.

FIGURE 7
ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LE MONDE
DE 1990 À 2015



Source: Sarah, Say *et al.*, 2014

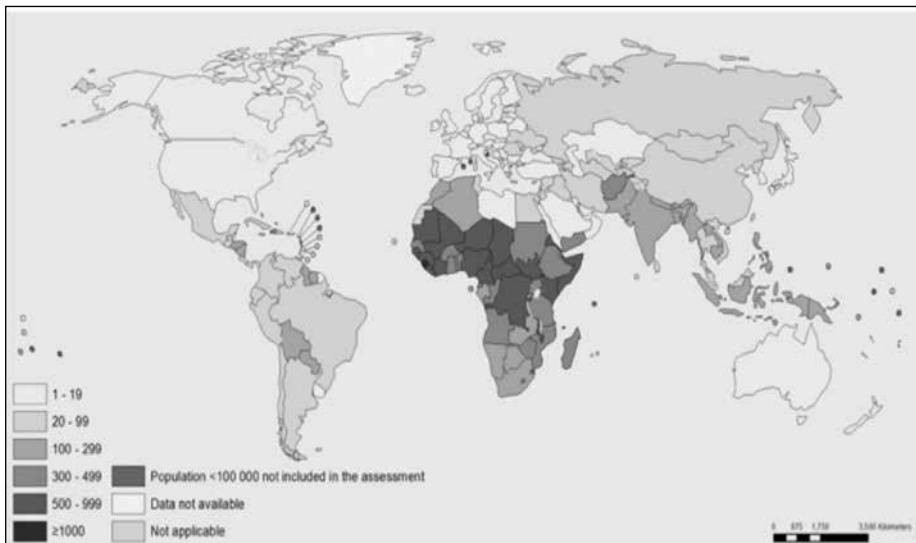
3. SITUATION ACTUELLE ET REGARDS SUR L'AVENIR

3.1 LA SITUATION GLOBALE

Au plan global, la mortalité maternelle conserve des taux élevés, même si des progrès importants ont été faits dans la plupart des régions (OMS, 2015). On estime à ce jour que le TMM dans les PED est globalement de 239 pour 100 000 naissances vivantes, contre seulement douze pour les PD. L'analyse par région montre que le continent sud-américain connaît une baisse significative dans l'ensemble avec des TMM enregistrés entre 20 à 99 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, des pays comme la Bolivie, le Paraguay ou encore le Guatemala demeurent à la traîne, avec des taux entre 100 et 300. Les raisons de ce différentiel sont difficiles à chercher au plan désagrégé, en raison de facteurs sociaux et économiques liés aux populations autochtones (Montenegro et Stephens, 2006). Toutefois, la région du monde ayant connu un recul spectaculaire de la mortalité maternelle ces dernières décennies reste de loin l'Asie. Avec des taux quasi similaires à ceux rencontrés sur le continent africain au début des années 60, en une génération, ces pays ont réussi à faire chuter leur TMM parfois de près de 75 % comme l'illustre fort bien des pays comme le Laos ou le Cambodge. Les foyers de tension sociale tels que

l'Afghanistan où quelques territoires du Pakistan affichent encore des taux élevés de décès maternels. Il faut noter que cela n'est guère surprenant, au regard des facteurs-clés déterminants la vulnérabilité des femmes tel qu'indiqué dans le cadre conceptuel au début de ce chapitre. Mais la tendance générale est au recul (entre 100 et 300 selon les derniers rapports de l'OMS). L'Afrique reste à ce jour le continent qui héberge encore un fort taux de décès maternels avec une contribution proche des 2/3 des décès maternels mondiaux.

FIGURE 8
LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LE MONDE EN 2015



Source: WDI, 2014

3.2 LA SITUATION EN AFRIQUE

Par rapport aux taux actuels de la mortalité maternelle en Afrique, on peut classer les pays en trois groupes, qui ont une particularité curieuse de se superposer sur des territoires géographiques.

Aux deux extrémités du continent

Le taux de mortalité maternelle a connu une baisse importante en Afrique du Nord et en Afrique du Sud, avec des valeurs se situant aujourd'hui entre

100 et 299 décès pour 100 000 naissances vivantes, selon les données disponibles. Dans ce groupe, certains pays connaissent de meilleurs résultats : la Libye avec un taux inférieur à 19, l'Égypte et la Tunisie avec des taux inférieurs à 100. Un faisceau d'arguments a été avancé pour expliquer ces bonnes performances : il y a d'abord la qualité du système de soins de façon générale. Il y a aussi les régimes politiques : les pays d'Afrique du Nord ont pour la plupart rejeté les PAS et ont maintenu, à un certain niveau, l'État providence. Finalement, on peut mentionner également le niveau général d'éducation des populations, avec des taux d'alphabétisme frisant parfois les 100 %. Toutefois, quelques incertitudes sur ces acquis voient le jour et seules les années à venir pourront éclairer l'effet des changements sociaux survenus après les Printemps arabes. Au sud du continent, les politiques volontaristes initiées juste après le régime de l'Apartheid ont certainement contribué à baisser le TMM.

Le bloc australo-oriental

Le second groupe de pays se situe aux frontières du premier groupe avec un fort contingent en Afrique australe, se prolongeant sur la côte orientale, décrivant un « L » à l'envers. Pour ces pays, la mortalité maternelle se situe entre 300 et 500 décès pour 100 000 naissances vivantes. On distingue au nombre de ceux-ci l'Éthiopie par exemple et le Soudan ou encore la Zambie, l'Angola et le Mozambique. Ces pays ont en commun le fait d'avoir réussi à implanter des programmes de réduction de la mortalité maternelle ambitieux, tirant ainsi un meilleur avantage du contexte favorable créé par les OMD.

Le bloc équatorial

Enfin, le troisième groupe de pays se concentre dans la zone subéquatoriale avec des TMM encore très élevés se situant entre 500 et 1 000. Si quelques pays de cette zone tels que le Ghana, le Sénégal ou encore le Rwanda font exception, dans la majeure partie des territoires de cet espace, la santé de la femme enceinte reste encore précaire. Une zone encore plus sombre est représentée par la Sierra Leone avec un TMM encore supérieur à 1 000. Quels facteurs pourraient expliquer un tel profil ? Ils sont nombreux et parfois difficiles à cerner. Les raisons communément avancées dans la littérature, ont trait au système de santé, à la culture locale, aux taux d'alphabétisation, etc. (Thaddeus et Maine, 1994, Omo-Aghoja, Aisien *et al.*, 2010). Toutefois, un fait qui apparaît à l'analyse est d'abord de reconnaître que ce bloc se superpose trait pour trait à la zone d'instabilité chronique du continent africain. C'est en effet la zone des conflits à répétition, de l'instabilité politique, des guerres ouvertes ou larvées et de leur résultante en termes de déplacements massifs de

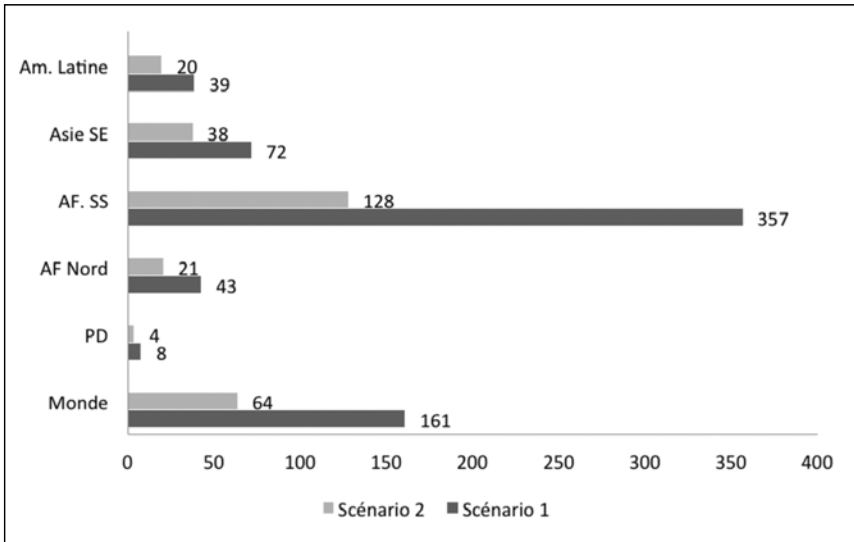
populations. Or, nous l'avons dit, ces conditions sont très fertiles pour la mortalité des femmes en général, et pour les mères en particulier. Selon l'OMS, dans les états fragiles, le risque de décès d'une femme est de 1/54 contre 1/4900 dans les pays développés. Les efforts de démocratisation enclenchés çà et là devraient améliorer la situation à condition que ces changements s'inscrivent dans la durée.

3.3 PERSPECTIVES 2030

Les Objectifs de développement durable (ODD) sont prévus pour assurer la continuité des OMD. Dans cette perspective, on annonce l'Agenda 2030 avec l'idée de ramener le TMM à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes à l'échelle planétaire d'ici à 2030. Une analyse fort instructive en la matière a récemment été publiée par une équipe de chercheurs de Singapour (Alkema, Chou *et al.*, 2016). À partir du modèle d'évolution observé entre 1990 et 2015, ces chercheurs ont pu modéliser l'évolution future des TMM dans chaque pays en deux (2) hypothèses: le scénario 1 équivaut à un maintien du taux de décroissance de la mortalité maternelle actuelle estimé à 2,9% par an à l'échelon global et, le scénario 2 qui se base sur l'ODD de moins de 70 décès pour 100 000 naissances à l'échelon global et moins de 130 pour chaque pays. Selon les projections (Fig. 9), l'Afrique subsaharienne afficherait toujours des valeurs élevées avec un taux de mortalité maternelle moyen encore à 357 pour 100 000 naissances vivantes (scénario 1). Par contre on pourrait diviser ce chiffre par 3 en adoptant la perspective 2030 de l'ODD (scénario 2). Toutes les autres parties du monde, et ce, quel que soit le scénario, verraient leurs chiffres passer en dessous de 70 (sauf l'Asie du Sud-Est qui serait à 72) même en gardant le scénario actuel (scénario 1). Mais ces tendances régionales optimistes masquent des données moins reluisantes au niveau des pays. En effet, la probabilité était de moins de 10% que huit des pays étudiés voient leur TMM passer en dessous des 500 si des mesures plus vigoureuses n'étaient pas initiées dans l'urgence. Ce sont tous des pays africains du bloc équatorial (groupe 3) à savoir: la Centrafrique, le Tchad, la RDC, la Guinée, le Libéria, le Nigéria, la Sierra Leone et le Soudan du Sud. Une autre douzaine de pays dont la Côte d'Ivoire et le Cameroun pourraient tomber également dans cette catégorie, mais avec une probabilité bien moindre. Au total, il semble que les pays africains devront atteindre un recul du TMM de plus de 10% chaque année de 2016 à 2030 pour atteindre la perspective 2030 des ODD. Une donnée supplémentaire qui complique davantage la perspective, c'est qu'il faudrait en même temps tenir compte de la transition épidémiologique en cours dans ces pays. Dans un autre modèle prospectif suggéré par Mathers et

Loncar, les autres pathologies telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires et nutritionnelles ou encore les accidents de la voie publique vont connaître des proportions quasi épidémiques dans le même horizon (Högberg et Wall, 1986, Mathers et Loncar, 2006).

FIGURE 9
APERÇU DE LA MORTALITÉ MATERNELLE À L'HORIZON 2030



Source: Alkema, Chou et al., 2016

CONCLUSION

Au total, le décès des femmes enceintes se range parmi les morts évitables et emprunte à un système complexe où interagissent les normes sociales et les rapports qui en découlent, le contexte global et le système de santé. Si au lendemain des indépendances, la plupart des pays africains ont amorcé une déclinaison rapide de leur taux de mortalité maternelle, les changements politiques des années 90 ont freiné cet élan. L'ère des OMD amorcée dans les années 2000 a permis de faire reculer les chiffres dans plusieurs pays, y compris en Afrique. Nonobstant, à ce jour, ce continent reste encore le plus grand contributeur à la mortalité maternelle mondiale. Des pays tels que le Nigéria, la Sierra Leone, le Soudan du Sud ou encore le Tchad font partie des zones où les femmes meurent le plus. L'horizon 2030 ouvre de nouvelles perspectives, mais des actions vigoureuses devront être initiées, surtout en Afrique

équatoriale, pour permettre aux femmes d'assurer leur rôle de mère dans le respect de la dignité humaine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALKEMA, L. *et al.* (2016). « Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group » dans *The Lancet*, vol. 287, n° 10017, p. 462-474.
- BREMAN, A., SHELTON, C. (2006). « Structural adjustment programs and health » dans KAWACHI, I., WAMAL, S. (dir.), *Globalization and health*, New York, Oxford University Press, p. 219-233.
- CAMPBELL, O. M., GRAHAM, W. J. (2006). « Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works » dans *The Lancet*, vol. 368, n° 9543, p. 1284-1299.
- CARRASCO, E. R. (1999). « 1980's: The debt crisis and the lost decade » 9 *Transnt'l L. & Contemp. Probs.* 119.
- CHALUMEAU, M. (2002). « Identification des facteurs de risque de mortalité périnatale en Afrique de l'Ouest: consultation prénatale ou surveillance de l'accouchement: MOMA (Mortalité maternelle en Afrique) » dans *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 31, n° 1, p. 63-69.
- CHAM, M., SUNDBY, J. et VANGEN, S. (2005). « Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care » dans *Reproductive Health*, 2: 3.
- CHI, P. C. *et al.* (2015). « Perceptions of the effects of armed conflict on maternal and reproductive health services and outcomes in Burundi and Northern Uganda: a qualitative study » dans *BMC international health and human rights*, 15: 7.
- CHYNOWETH, S. K. (2008). « The need for priority reproductive health services for displaced Iraqi women and girls » dans *Reproductive Health Matters* 16(31): p. 93-102.
- CLARK, C. J. *et al.* (2010). « Association between exposure to political violence and intimate-partner violence in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional study » dans *The Lancet*, vol. 375, n° 9711, p. 310-316.
- EHRHARDT, A. A. *et al.* (2009). « Gender, empowerment, and health: what is it? How does it work? » dans *Journal of Acquired Immunedeficiency Syndrome*, 51 Suppl, S96-S105.
- FATHALLA, M. F. (2006). « Human rights aspects of safe motherhood » dans *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 20, n° 3, p. 409-419.
- FATUSIC, Z. *et al.* (2005). « The influence of the war on perinatal and maternal mortality in Bosnia and Herzegovina » dans *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medecine*, 18 (4), p. 259-263.
- FOURNIER, P. *et al.* (2009). « Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali » dans *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (1), p. 30-38.

- FROHLICH, K. L., CORIN, E. et POTVIN, L. (2001). « A theoretical proposal for the relationship between context and disease », dans *Sociology of health & illness*, 23 (6), p. 776-797.
- FUKUDA-PARR, S. et HULME, D. (2009). « International norm dynamics and 'the end of poverty' : Understanding the Millenium Development Goals (MDGs) », dans *BWPI Working Paper* 96, Manchester : Brooks World Poverty Institute, University of Manchester, The New School, New York.
- HALL, J. J. et TAYLOR, R. (2003). « Health for all beyond 2000 : the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries », dans *Medical Journal of Australia*, 178 (1), p. 17-20.
- HOGAN, M. C. *et al.* (2010). « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008 : a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5 » dans *The Lancet*, vol. 375, n° 9726, p. 1609-1623.
- HÖGBERG, U. et WALL, S. (1986). « Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980 », dans *Bulletin of the World Health Organization*, 64 (1) : 79.
- LOPEZ-CASASNOVAS, G., RIVERA, B. et CURRAIS, L. (2005). « *Health and Economic Growth Findings and policy implications* », The MIT Press.
- KABAKIAN-KHASHOLIAN, T., SHAYBOUB, R. et EL-KAK, F. (2013). « Seeking maternal care at time of conflict : the case of Lebanon », dans *Health care for women international*, 34 (5), p. 352-362.
- KOBLINSKY, M. *et al.* (2000). « Issues in programming for safe motherhood » MotherCare Arlington, VA : John Snow Inc. 38 : 43.
- MATHERS, C. D. et LONCAR, D. (2006). « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 » dans *Plos med*, 3 (11) : e442.
- MONTENGRO, R. A. et STEPHENS, C. (2006). « Indigenous health in Latin America and the Caribbean », dans *The Lancet*, vol. 367, n° 9525, p. 1859-1869.
- OKONOFUA, F. *et al.* (2016). « Unlocking the Benefits of Emergency Obstetric Care in Africa », dans *African Journal of Reproductive Health*, 20 (1) : 10.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. et RIDDE, V. (2014). « *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* », Éditions Karthala, collection « Hommes et sociétés ».
- OMO-AGHOJA, L. *et al.* (2010). « Maternal mortality and emergency obstetric care in Benin City, South-South Nigeria », dans *Journal of clinical medicine and research*, 2 (4) : 55-60.
- PAXTON, A. *et al.* (2005). « The evidence for emergency obstetric care », dans *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88 (2), p. 181-193.
- PRICE, J. I. et BOHARA, K. (2013). « Maternal health care amid political unrest : the effect of armed conflict on antenatal care utilization in Nepal » dans *Health policy and planning*, 28 (3), p. 309-319.
- RONSMANS, C. *et al.* (2006). « Maternal mortality : who, when, where, and why » dans *The Lancet*, vol. 368, n° 9542, p. 1189-1200.

- SARAH, P., SAY, E. S. et WILMOTH, J. (2014). « Comprendre les tendances mondiales de la mortalité maternelle », dans *Perspectives internationales sur la santé sexuelle et génésique*, p. 2-11.
- SEBILLOTTE, M. (1996). « Les Trente Glorieuses » dans *Sciences en questions*, p. 17-43.
- THADDEUS, S. et MAINE, D. (1994). « Too far to walk : maternal mortality in context » dans *Social science & medicine*, vol. 38, n° 8, p. 1091-1110.
- THORSEN, V. C. et SUNDBY, J. (2012). « Piecing together the maternal death puzzle through narratives : the three delays model revisited », dans *PLoS One*, 7 (12) : e52090.
- TIZIO, S. et FLORI, Y.-A. (1997). « L'initiative de Bamako : 'Santé pour tous' ou 'Maladie pour chacun' ? », dans *Revue Tiers Monde*, p. 837-858.
- URDAL, H. et CHE, C. P. (2013). « War and gender inequalities in health : the impact of armed conflict on fertility and maternal mortality » dans *International Interactions*, 39 (4), p. 489-510.
- VOORS, M. J. *et al.* (2012). « Violent conflict and behavior : a field experiment in Burundi » dans *The American Economic Review*, 102 (2), p. 941-964.

PREMIÈRE PARTIE
COMPRENDRE LE DÉFI DE LA SANTÉ
DES FEMMES DANS LE MONDE
D'AUJOURD'HUI

CHAPITRE I

Situation épidémiologique et stratégies de réduction de la mortalité maternelle dans le monde et en Afrique subsaharienne

Issiaka Sombié

Organisation Ouest Africaine de la Santé

Sanni Yaya

École de développement international et mondialisation

Université d'Ottawa

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est l'indicateur qui montre une grande différence entre les pays développés et les pays en développement. La réduction de cette mortalité dans les pays en développement a été à la base du lancement de l'initiative pour une maternité sans risque en 1987. Mais dix ans après, soit en 1997, l'évaluation de cette initiative a montré que les progrès ont été insignifiants et que beaucoup restait encore à faire. En 2000, réduire la mortalité maternelle est devenu l'un des Objectifs du Millénaire pour le développement (FMI, OCDE, ONU, BM, 2000). Pour adopter les stratégies efficaces, comprendre l'épidémiologie de la mortalité maternelle est important (Ronsmans et Graham, 2006). Mais qu'est-ce que la mortalité maternelle ?

Selon la dixième classification des maladies établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (WHO, 1992), le décès maternel se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'interruption de la grossesse, 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 » (WHO, 1992). Avec cette définition, un vrai décès maternel demande de connaître la cause spécifique du décès, ce qui est souvent difficile à obtenir dans les pays en développement. Aussi le décès relié à la grossesse est souvent utilisé. Ce décès est défini comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42

jours après l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause». Certains auteurs vont au-delà de cette définition et parlent de la mortalité maternelle tardive jusqu'à un an (Hoj *et al.*, 2003 ; Pradhan *et al.*, 2002).

1. MESURER LA MORTALITÉ MATERNELLE

Quatre indicateurs sont utilisés pour mesurer la mortalité maternelle (WHO, 2001). Le ratio de mortalité maternelle est le plus utilisé. Il représente le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. On trouve ensuite le taux de mortalité maternelle exprimant le risque de mortalité maternelle parmi les femmes en âge de reproduction. C'est le nombre de décès maternels pour 1000 femmes en âge de reproduction. Le troisième indicateur traduit l'importance de la maternité dans la survenue du décès chez les femmes adultes. Il est égal à la proportion de décès de femmes adultes liés à des causes maternelles. Pour son évaluation, il faut le nombre total de décès chez les femmes de 15 à 49 ans et le nombre de décès maternels. Le dernier indicateur est le risque de décès pour une femme d'une cause maternelle sur la durée de sa vie reproductive, c'est-à-dire sur 35 ans (de 15 ans à 49 ans). Une façon simple de l'estimer est de multiplier le taux de mortalité maternelle par 35.

1.1 DE LA PLURALITÉ DES APPROCHES

Dans les pays où l'enregistrement des informations de l'état civil est de qualité, la mesure de la mortalité maternelle est faite à partir des données de l'état civil. Mais même dans ces pays, les erreurs de classement des décès peuvent entraîner une sous-estimation des décès maternels variant de 22 à 93 % (Deneux-Tharoux *et al.*, 2005). Dans les pays où l'enregistrement des informations est incomplet, l'estimation de la mortalité maternelle est réalisée à partir des études effectuées en population. Plusieurs approches sont utilisées :

- La première approche est la méthode directe avec des enquêtes auprès des ménages. Cette méthode nécessite une grande taille d'échantillon, ce qui fait qu'elle est coûteuse. Si la taille n'est pas suffisante, l'intervalle de confiance est très grand. Ainsi, il a été estimé qu'il faut 50 000 naissances pour avoir un ratio de 300 pour 100 000 naissances vivantes avec une marge d'erreur de 20 % (OMS et UNFPA, 1998).
- La deuxième approche est l'enquête sur la mortalité en âge de reproduction (RAMOS). Elle utilise plusieurs sources comme l'état civil, des informateurs communautaires et des visites à domicile. La population sur laquelle elle porte est clairement définie. Ses inconvénients sont

qu'elle coûte cher et que sa réalisation nécessite beaucoup de temps (WHO, 2001).

- La méthode des sœurs. Elle a été conçue pour résoudre le problème des grandes tailles d'échantillon (Graham *et al.*, 1989). Il en existe deux modèles : la méthode indirecte des sœurs et la méthode directe des sœurs (Rutenberg et Sullivan, 1991). La méthode indirecte des sœurs qui est la méthode d'origine, « consiste à poser aux personnes interrogées, quatre questions simples concernant le nombre de leurs sœurs ayant atteint l'âge adulte, le nombre de leurs sœurs décédées et, parmi celles-ci, le nombre de celles qui étaient enceintes au moment du décès » (OMS et UNFPA, 1998). L'inconvénient majeur de cette variante est que les estimations concernent une période de 10 à 12 ans avant l'enquête. La méthode directe des sœurs a été introduite avec les enquêtes démographiques et de santé. « Dans cette méthode, on demande aux personnes interrogées de donner des renseignements plus détaillés sur leurs sœurs : le nombre ayant atteint l'âge adulte, le nombre de décédées, le nombre de celles qui étaient enceintes au moment du décès, l'âge au moment du décès, l'année du décès et le nombre d'années depuis le décès » (OMS et UNFPA, 1998). Elle nécessite une plus grande taille d'échantillon et donne des estimations remontant à 6 ans ou moins avant l'enquête. Les décès relevés au cours des enquêtes utilisant la méthode des sœurs sont liés à la grossesse et ne sont donc pas tous les décès maternels au sens propre du terme. Le niveau de la mortalité est souvent sous-estimé et les données ne peuvent pas être désagrégées pour des analyses régionales ou locales (Stanton *et al.*, 2000).
- L'approche utilisant les recensements décennaux pour estimer la mortalité maternelle. Il s'agit d'ajouter quelques questions à l'enquête de mortalité au cours des 12 derniers mois, associée au recensement dans les pays où l'enregistrement de l'état civil est incomplet (Stanton *et al.*, 2001). Une technique d'ajustement des données a été développée pour tenir compte des biais de mémorisation et la non-complétude de certaines informations comme l'âge (WHO, 2001).
- La modélisation est utilisée par l'OMS pour faire des estimations pour l'ensemble des pays. Elle a été utilisée pour faire des estimations mondiales pour les années 1995 (Hill *et al.*, 2001) et 2000 (WHO, UNICEF et UNFPA, 2004). Les estimations produites par ces modélisations sont trop élevées, obtenues par des méthodes différentes et ne peuvent pas être utilisées pour des comparaisons temporelles.

Du fait de l'absence de certificat de décès dans les pays à état civil incomplet, la cause du décès de la femme est difficile à obtenir. Pour remédier à cette faiblesse, la technique d'autopsie verbale est utilisée. Elle consiste à poser des questions sur les circonstances des décès auprès des proches et de faire examiner ces informations par des médecins qui attribuent des causes probables (Chandramohan *et al.*, 1998). Il est bien connu que cette technique ne permet pas souvent d'identifier les causes indirectes de décès maternels (Ronsmans *et al.*, 1998) et que les informations obtenues sont variables en fonction de la personne interrogée (Hoj *et al.*, 1999). De plus, l'analyse des données prend beaucoup de temps. Pour réduire ce délai entre la collecte et l'analyse des données, la technique interVA (Interpretation Verbal Autopsy) (Ronsmans *et al.*, 2006) a été développée. C'est un programme informatique qui se base sur le théorème de Bayes et la probabilité *a posteriori* pour analyser directement les résultats d'autopsie verbale à la place des médecins (Byass *et al.*, 2006 ; Byass *et al.*, 2003). Une étude de validation a montré que son application donnait les mêmes causes de mortalité maternelle que l'analyse faite par les médecins (Fottrell *et al.*, 2007).

Le tableau 1 synthétise les dernières estimations de la mortalité maternelle pour l'année 2015 (Alkema *et al.*, Lancet 2016). En 2015, il a été estimé environ 303 000 décès maternels dans le monde, dont la presque totalité en Afrique et en Asie. En effet, le ratio de mortalité maternelle était en Afrique au sud du Sahara de 546 pour 100 000 naissances vivantes contre 172 en Asie du Sud et 12 dans les pays développés.

TABLEAU 1
ESTIMATION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE PAR RÉGION POUR L'ANNÉE 2015

RÉGIONS	RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE (POUR 100 000 NV)	NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS
Monde entier	216	303 000
Pays développés	12	1 700
Pays en développement	239	302 000
Afrique du Nord	70	3 100
Sud du Sahara	546	20 1000
Asie de l'Est	27	4 800
Asie du Sud	176	66 000
Asie du Sud-Est	110	13 000
Asie de l'Ouest	91	4 700
Caucase et Asie centrale	33	610
Amérique latine et Caraïbe	60	6 000
Océanie	187	500

Source: Alkema L, Chou D, Hogan D *et al.* Lancet 2016

2. CAUSES DE DÉCÈS MATERNELS

Les décès maternels peuvent être classés dans deux grands groupes. Il y a les décès obstétricaux directs et les décès obstétricaux indirects. Les décès obstétricaux directs sont ceux résultant des complications obstétricales au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du *post-partum*, des interventions, des omissions, des traitements incorrects ou de la chaîne d'évènements résultant des éléments ci-dessus cités. Les décès obstétricaux indirects sont ceux résultant d'une maladie préexistante ou d'une maladie développée au cours de la grossesse et qui n'est pas due à des causes obstétricales directes, mais aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Une revue systématique, réalisée sous l'égide de l'OMS, a classé les causes des décès et mis en évidence des différences régionales pour les principales causes (tableau 2) (Say *et al.*, 2014).

TABLEAU 2
CAUSES DES DÉCÈS MATERNELS DANS LE MONDE

CAUSES	PAYS DÉVELOPPÉS	AFRIQUE	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBE	ASIE SUD
Avortement	7,5	9,6	9,9	5,9
Embolie	13,8	2,1	3,2	2,2
Hémorragies	16,3	24,5	23,1	30,3
Désordres hypertensifs	12,9	16,0	22,1	10,3
Infections	4,7	10,3	8,3	13,7
Autres causes directes	20,0	9,0	14,8	8,3
Causes indirectes	24,5	28,6	18,5	29,3

Source: Say *et al.*, Lancet Glob Health 2014

On note qu'en Afrique, en Asie du Sud et en Amérique latine et Caraïbe, l'hémorragie est la principale cause des décès maternels. Par contre, dans les pays développés, la principale cause de décès maternels était les autres causes directes.

Plusieurs facteurs de risque de mortalité maternelle ont été identifiés à travers de nombreuses études en Afrique, en Asie et en Amérique. Les groupes à risque incluaient les mères les plus âgées (Hoyert *et al.*, 2000; Mbonye, 2001; Romero-Gutierrez *et al.*, 2007), mariées (Hoyert *et al.*, 2000; Romero-Gutierrez *et al.*, 2007; Garenne *et al.*, 1997), grandes multipares (Hoj *et al.*, 2002), de faibles niveaux d'éducation (Magadi *et al.*, 2001), n'ayant pas fait (Magadi *et al.*, 2001) ou peu fait (Romero-Gutierrez *et al.*, 2007) de consultations prénatales, ayant des antécédents médicaux (Romero-Gutierrez *et al.*, 2007; Magadi

et al., 2001) ou des complications obstétricales (Romero-Gutierrez *et al.*, 2007), avec un antécédent d'accouchement par césarienne (Romero-Gutierrez *et al.*, 2007) ou de bébé mort-né (Hoj *et al.*, 2002), vivant à grande distance des centres de santé (Hoj *et al.*, 2002) ou en situation de pauvreté (Graham *et al.*, 2004), infectées par le VIH (Le Cœur *et al.*, 2005 ; Sewankambo *et al.*, 2000) et d'ethnie noire ou hispanique aux États-Unis (Hoyert *et al.*, 2000 ; Nannini *et al.*, 2002). Une implication de la recherche de ces facteurs de risque de la mortalité maternelle a été la mise en place de l'approche de risque lors de la consultation prénatale pour identifier et prendre en charge les femmes qui seraient plus à risque de décès maternels. Ainsi, l'approche de risque devait permettre de réduire la mortalité maternelle.

La maternité est une période de grande vulnérabilité nécessitant une aide et une assistance spéciale (OMS, 2005). En effet, la grossesse est une période de risque potentiel pour toute femme, car il n'est pas possible de prédire avec certitude quelles femmes présenteront des complications (OMS, 1994). On estime qu'au cours de la grossesse, 15 % des femmes auront besoin d'avoir des soins obstétricaux essentiels pour échapper à la mort ou à une invalidité (Hartfield, 1980 ; Hibbard, 1978). Afin de réduire la vulnérabilité de la mère et de l'enfant, le Système des Nations Unies n'a cessé de lancer des appels pour des actions en faveur d'une amélioration de la santé de la mère (OMS, 2005). En 2000, ces appels se sont traduits par une action importante qui a inclus l'amélioration de la santé de la mère comme un des Objectifs du Millénaire pour le développement.

L'OMS, organe du Système des Nations Unies pour la promotion de la santé des populations a été incitée, depuis sa création, à faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère (OMS, 2005). Avec la mise en place des soins de santé primaires et l'appel en faveur d'une maternité à moindre risque en 1987, de nombreuses stratégies et interventions ont été promues pour réduire la mortalité et les morbidités maternelles.

3. COMPRENDRE LA MORTALITÉ MATERNELLE À PARTIR DU MODÈLE DES TROIS RETARDS

Les retards pouvant survenir dans la prise en charge rapide des urgences obstétricales ont été classés en trois grands groupes par les chercheurs de l'Université de Columbia dans leur modèle des déterminants de la mortalité maternelle (Hibbard, 1978) (Fig. 1).