
Réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté

Wim Van Lerberghe & Vincent De Brouwere

La détresse des mères à l'accouchement a longtemps été ignorée, même par les apôtres des soins de santé primaires. Ce n'est que vers le milieu des années quatre-vingt que quelques militants et professionnels 'éclairés' ont commencé à se mobiliser autour de cette tragédie jusqu'alors très peu documentée, sous-estimée et négligée: "*Toutes les quatre heures, jours après jour, un jumbo jet s'écrase et tous les passagers sont tués. Les 250 passagers sont tous des femmes, la plupart au printemps de leur vie, certaines même ont moins de 20 ans ...*" (WHO 1986).

Voici maintenant 15 ans que l'Initiative pour une Maternité sans Risque a été lancée et nous avons aujourd'hui une image plus claire de ce qui arrive réellement un peu partout dans le monde: les chiffres sont plus fiables et plus facilement disponibles. Et pourtant il n'y a pas beaucoup de raisons d'être fiers. Ces données plus nombreuses et plus précises nous ont rendu conscients que la situation était en réalité pire que ce que pensaient ceux qui ont tiré la sonnette d'alarme dans les années 1980.

Toutes ces années d'efforts à documenter et à mobiliser les forces ont eu des résultats plutôt modestes quand ils n'étaient pas tout simplement décourageants (AbouZahr 2001, Campbell 2001). Les rares succès ont été ternis pas la conscience de la persistance de cette tragédie dans de nombreux endroits du monde. Quelque utilité qu'elles aient eues pour d'autres propos, certaines activités de bon sens qui ont été promues pendant des décennies – le dépistage du risque à la consultation prénatale, la formation des accoucheuses traditionnelles – ont montré une efficacité directe limitée sur la mortalité maternelle (Bergsjø 2001, Bergström & Goodburn 2001, Kolsteren & De Souza 2001).

Lors de la réunion de Colombo où l'Initiative pour une Maternité sans Risque a fait le point sur dix années de mobilisation, il est devenu clair qu'il n'y avait pas de solution simple (Starrs & IAGSM 1998). De plus, les contraintes très réelles résultant de la pauvreté et du manque de ressources semblaient faire de la mortalité maternelle un de ces problèmes inextricables et insolubles qui sont fondamentalement non vulnérables. La tentation est grande de s'asseoir et de ne plus rien faire d'autre contre la mortalité mater-

nelle qu'attendre que la pauvreté 'disparaisse'. Ce n'est pas justifié.

Il est vrai que la plupart des décès maternels surviennent dans les pays pauvres, et on sait aussi très bien que les pays pauvres sont aussi ceux qui ont les ratios de mortalité maternelle les plus élevés. Par analogie avec le lien entre pauvreté et mortalité infantile, la relation pauvreté – mortalité maternelle semble aller de soi. Ceci dit, il y a des différences considérables, même parmi les pays qui ont des niveaux similaires de pauvreté, et ceci semble être lié aux difficultés d'accès aux soins (Kunst & Houweling 2001). Il est devenu évident pour beaucoup de praticiens que la professionnalisation de l'assistance à l'accouchement est une des clés pour réduire la mortalité maternelle (Graham *et al.* 2001, Kowaleswski & Jahn 2001). Les pays industrialisés ont diminué leur mortalité maternelle de moitié au début du 20^e siècle d'abord en utilisant des sages-femmes professionnelles pour assurer les soins à l'accouchement ; plus tard la mortalité a été réduite aux niveaux historiques les plus bas grâce à un accès universel aux technologies hospitalières devenues efficaces (Loudon 1992). On pourrait imaginer de reproduire la même séquence d'interventions : d'abord développer les soins obstétricaux ambulatoires (offerts par des sages-femmes), et ensuite, dans une phase suivante, développer les soins hospitaliers. Cette stratégie cependant manquerait de crédibilité politique et produirait des résultats trop lents : une réduction rapide à des niveaux suffisamment bas nécessite une utilisation concomitante des deux types de stratégie. De plus, une stratégie exclusivement axée sur des soins offerts par des sages-femmes alimenterait les conflits latents qui parfois opposent sages-femmes et médecins hospitaliers, ce qui a été le cas dans la plupart des pays durant tout le 20^e siècle. Ce serait une illusion d'espérer promouvoir l'assistance à l'accouchement par les sages-femmes sans le support et l'engagement, sinon au moins l'accord, des médecins hospitaliers. Gagner la bataille des hôpitaux pour offrir un accès à des soins de référence de qualité est crucial d'un point de vue stratégique (Van Lerberghe & De Brouwere 2001).

Là où on peut combiner un accès correct à des soins de qualité tant au niveau primaire qu'au niveau de référence (Jahn & De Brouwere 2001), les ratios de mortalité maternelle peuvent décroître relativement rapidement. Beaucoup de pays industrialisés ont réduit de moitié leur niveau de mortalité maternelle en 10 ans ou même parfois moins vers le milieu du 20^e siècle. Le tableau 1 montre que les pays en développement qui font un effort délibéré pour investir dans la professionnalisation des soins à l'accouchement (sages-femmes et hôpitaux) peuvent aller aussi vite.

Tableau 1. Nombre d'années pour réduire de moitié
la mortalité maternelle dans quelques pays

/100,000 nv	De 400 à 200	De 200 à 100	De 100 à 50
En 11-12 ans	Thaïlande '62-'74		
En 9-10 ans	Sri Lanka '56-'65	Honduras '68-'78; Malaisie '65-'75	
En 7-8 ans		Sri Lanka: '66-'74 Thaïlande '74-'81	Malaisie '75-'83
En 4-6 ans		Chili '71-'77	Thaïlande '81-'85

On peut cependant citer maints exemples de situations dans lesquelles il y a des hôpitaux et du personnel professionnel formé et où, malgré tout, la mortalité maternelle reste élevée. En 1996, par exemple, la ville de Brazzaville avait un ratio de mortalité maternelle de 645 pour 100.000 naissances vivantes, et cependant il y a un hôpital universitaire et des structures de soins de santé (Le Coeur *et al.* 1998). Mais les soins ont probablement été donnés à un trop petit nombre de femmes, trop tard ou avec une qualité insuffisante : les soins à l'accouchement ne sont pas simplement une question d'avoir des hôpitaux avec des cliniciens entraînés, c'est aussi une question de niveau de compétence du personnel et peut-être aussi de comportement, c'est-à-dire du niveau d'engagement du personnel vis-à-vis des patients à qui il donne les soins (Bergström 2001, Buekens 2001).

Les problèmes relatifs au sens des responsabilités sont devenus tellement courants qu'on ne prend même plus la peine de les dénoncer. La documentation épidémiologique de leur impact est difficile à mesurer, bien que les professionnels sensibilisés sont plus que convaincus de cet impact par ce qu'ils en perçoivent dans leur expérience quotidienne. Et leur intuition peut être corroborée par l'utilisation de scores agrégés (de manière assez brute, il faut l'admettre) de réactivité développés par l'OMS comme indicateurs de la capacité du personnel à être redevable. La réactivité, de la façon dont l'OMS l'a opérationnalisée, comprend un indicateur du respect vis-à-vis du patient (dignité, confidentialité, autonomie) et de l'attention dévolue aux clients (rapidité de l'intervention/consultation, qualité de l'environnement, accès à l'assistance sociale et liberté du choix du praticien). La réactivité a seulement une relation a priori indirecte avec la mortalité maternelle, et, dans l'état actuel des choses, sa mesure est assez grossière. Et cependant, dans les pays à faible revenu, le score de réactivité a un pouvoir explicatif qui est significati-

vement supérieur à celui du taux d'alphabétisation des femmes adultes et du bien-être exprimé en PNB-PPP¹. Ceci replace l'interprétation habituelle du rôle de la pauvreté et de l'alphabétisation des femmes dans une perspective quelque peu différente.

Quelles sont les implications ? Il semblerait que pour un niveau donné de ressources – qui est corrélé avec la disponibilité de services – ce qui fait la différence c'est le degré de réponse du personnel aux besoins et aux attentes de leurs clients. En d'autres termes, si des pays comparables en termes de bien-être ou de pauvreté ont des ratios de mortalité maternelle différents, cela aurait peut-être bien à voir non seulement avec l'accessibilité des services de santé mais aussi avec la manière dont le personnel de ces services se comporte avec leurs clients.

La problématique de l'imputabilité du personnel vis-à-vis de la performance des services de santé et de la réactivité est très délicate et il n'y a pas actuellement de solutions scientifiquement validées. Les programmes d'assurance de qualité peuvent jouer un rôle (Ronsmans 2001), mais si on en croit l'histoire, la pression sociale des pairs et, encore plus résolument, la pression venant des clients sont deux des ingrédients qui peuvent pousser les professionnels à se comporter de manière responsable et redevable.

La bonne nouvelle est que même dans les pays pauvres les services de santé peuvent faire la différence pour réduire la mortalité maternelle (Mc Donagh & Goodburn 2001). La mauvaise nouvelle est que la mobilisation des ressources seule, si elle est nécessaire, n'est cependant pas suffisante. Si on veut réellement s'attaquer à la mortalité maternelle, les investissements dans les soins de santé ne seront vraiment utiles que si ils vont de pair avec un investissement social qui permettra à la société civile d'organiser la pression nécessaire pour que les professionnels deviennent redevables.

¹ Dans une régression multiple (stepwise) de 68 pays avec un PNB/habitant < 1.000 US\$, la variable indépendante la plus puissante qui peut prédire la mortalité maternelle est le score de réactivité, dont le r^2 s'élève à 0,53. L'augmentation du r^2 par le taux d'alphabétisation des femmes adultes permet d'atteindre 0,61 ($p < 0,005$) et ajouter le PNB-PPP/habitant amène le r^2 à 0,65 ($p < 0,02$).

References

- AbouZahr C (2001). Cautious champions: International agency efforts to get safe motherhood onto the agenda. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 387-414.
- Bergsjø P (2001). What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 35-54.
- Bergström S (2001). Appropriate obstetric technologies to deal with maternal complications. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 175-194.
- Bergström S, Goodburn E (2001). The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 77-96.
- Buekens P (2001). Over-medicalisation of maternal care in developing countries. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 195-206.
- Campbell O (2001). What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 415-442.
- Graham WJ, Bell JS & Bullough CH (2001). Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 97-130.
- Jahn A & De Brouwere V (2001). Referral in pregnancy and childbirth : Concepts and strategies. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 229-246.
- Kolsteren P & De Souza S (2001). Micronutrients and pregnancy outcome. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 55-76.
- Kowalewki M & Jahn A (2001). Health professionals for maternity services : Experiences on covering I the population with quality maternity care. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 131-150.
- Kunst A & Houweling T (2001). A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 297-316.
- Le Coeur S, Pictet G, M'Pelé P and Lallemand M (1998). Direct estimation of maternal mortality in Africa. *Lancet* 352,1525-1526.
- Loudon I (1992). *Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950*, Oxford: Oxford University Press.

Mc Donagh M & Goodburn E (2001). Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 371-386.

Ronsmans C (2001). What is the evidence of the role of audits to improve the quality of obstetric care? *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 207-228.

Starrs A & IAGSM (1998). *The Safe Motherhood Action Agenda: priorities for the next decade*, Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri-Lanka. New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood.

Van Lerberghe W & De Brouwere V (2001). Of blind alleys and things that have worked: History's lessons on reducing maternal mortality. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 7-34.

WHO (1986). Maternal mortality: helping women off the road to death. *WHO Chronicle*, 40 (5), 175-183.