

Mortalité maternelle : un combat contre l'injustice

Problématique: Lutte contre la mortalité maternelle: un nouveau cap pour la CSSR	p. 1
Historique: Trois décennies de lutte contre la mortalité maternelle	p. 2
Les chiffres qui parlent: L'insuffisance des soins professionnels au centre du problème	p. 2
Analyse: Santé et société. La mortalité maternelle: une injustice sociale	p. 3
Eclairage: Sages-femmes empiriques: la fin d'une illusion?	p. 3
Opinions: La femme trop souvent victime de sa condition	p. 4
Interview: Gillian Slinger ... Référente médicale pour la santé reproductive, MSF Suisse	p. 4

Qui sommes-nous

Histoire • La CSS naît en 1937 lorsque des médecins suisses s'engagent aux côtés des républicains espagnols en lutte contre les fascistes. Elle organise des missions médicales en Yougoslavie pendant la Seconde Guerre mondiale, puis se montre très active auprès des civils victimes de la guerre du Vietnam.

Objectifs • Réduire les injustices sociales, politiques et économiques qui empêchent l'accès équitable, pour les populations pauvres et dominées, aux conditions nécessaires à une vie en santé.

Valeurs • La CSSR considère que le manque d'équité en termes de ressources pour lutter contre la maladie n'est pas une fatalité. Il est possible et nécessaire de résister aux pratiques prédatrices et dominatrices de certains pouvoirs politiques et économiques qui causent l'injustice.

Moyens • La CSSR se montre solidaire d'organisations locales qui travaillent pour un meilleur accès aux soins; elle soutient des projets sanitaires sur le terrain et dénonce en Suisse les injustices dont sont victimes les populations dominées.

Adresse

Centrale Sanitaire Suisse Romande
15, rue des Savoises
CH - 1205 Genève
tél./fax +41 22 329 59 37
info@css-romande.ch
www.css-romande.ch

Versements

CCP: 17-66791-8

Les Cahiers

Edition: Centrale Sanitaire Suisse Romande

Comité de rédaction:

Martine Barclay; Bastien Briand;
Haile Melles; Jean-Marc Richard;
Ludovic Rossel

Conception et maquette: Olivier Pillonel

Tirage: 2300 exemplaires

Parution: deux numéros par an.

Problématique

Lutte contre la mortalité maternelle

Un nouveau cap pour la CSSR

Dès ses débuts, la CSS a montré que ses interventions solidaires relevaient d'un engagement politique contre l'oppression et les inégalités. Depuis 1937, les engagements se sont succédés pour soutenir des populations en lutte pour leur indépendance. Ces projets ont marqué l'identité de la CSS dans la mesure où elle a su mener des interventions audacieuses dans des domaines délaissés par les organisations prétendument "neutres". Dans le contexte actuel, la CSSR conserve son ambition politique, mais il s'avère difficile de rester à la hauteur de nos mythes fondateurs; le sentiment de se situer à la pointe du combat contre les inégalités s'est estompé. Aujourd'hui, la CSSR apparaît comme une petite ONG de "développement" aux côtés de milliers de prestataires aux moyens plus importants. A première vue, les projets qu'elle soutient actuellement – malgré leurs résultats encourageants – ne semblent pas se distinguer de ceux de ses concurrents. Le modèle de solidarité contestataire qu'incarnait la CSS apparaît aujourd'hui bousculé, alors qu'elle peine à renouveler les engagements fédérateurs qui avaient fait son succès, au niveau des activités de terrain et de l'activisme de ses militants en Suisse.

Sur ce constat, l'association mène depuis plusieurs années une réflexion interne visant à repenser son fonctionnement, à préciser son identité et ses ambitions. Un travail d'information important a aussi été réalisé. Mais une autre évolution s'est dessinée, sans être explicitement formulée. Nos lecteurs auront remarqué la multiplication récente d'articles sur la santé des femmes. Cela traduit un fait: la majorité de nos projets s'adresse aujourd'hui aux femmes et aux adolescentes. C'est une évolution remarquable qui n'a pourtant pas été remarquée:

Un glissement idéologique nous a-t-il conduit dans cette voie? En quoi l'engagement en faveur des femmes est-il politique? Et que peut y apporter la CSSR?

Depuis les années 90, la santé maternelle est l'objet d'un engouement des organisations de développement, matérialisé par des conférences internationales. Les objectifs du millénaire de l'ONU visent notamment à réduire la mortalité maternelle de 75% d'ici 2015. Mais en dépit de succès locaux, le bilan global demeure inacceptable: selon l'OMS, plus de 530 000 femmes¹ (le plus souvent au Sud) meurent chaque année de complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou à l'avortement; cette mortalité peut et doit être éradiquée. Les " survivantes " connaissent trop souvent des complications médicales qui pèsent lourd sur leur existence, leurs famille et communauté. Cette situation ne relève pas uniquement d'une défaillance des systèmes sanitaires; la mortalité maternelle révèle les injustices qui limitent l'accès aux soins. Elle met en lumière les inégalités sociales et économiques, un certain rôle de la femme dans la société, mais aussi le poids des croyances traditionnelles et religieuses.

Depuis quelques années, la CSSR soutient des projets en Amérique latine qui privilégient la transmission d'informations liées à la santé reproductive. Menés à une échelle limitée sur quelques terrains d'intervention, ces projets ne promettent pas de lendemains qui chantent, mais ciblent certaines des injustices fondamentales, dont sont victimes de nombreuses femmes du Sud.

Bastien Briand & Viviane Luisier

OMS (2005) «Rapport sur la santé dans le monde - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant», Genève.

Trois décennies de lutte contre la mortalité maternelle

1974 Publication du 1^{er} document de l'OMS traitant exclusivement de la santé maternelle. Domaines d'intervention prioritaires: la planification familiale et la formation des accoucheuses traditionnelles.

1978 Déclaration d'Alma Ata, qui souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé (y compris sages-femmes empiriques) et du développement, ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples.

1987 L'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale lancent à Nairobi l'initiative de la maternité sans risque. But: réduire de moitié le taux de mortalité maternelle, d'ici 2000, et augmenter la connaissance des impacts

de la mortalité maternelle.

Dès 1990 les sages-femmes traditionnelles ne sont plus considérées par les agences internationales comme des personnes fiables et sont exclues du programme de santé maternelle, alors qu'elles avaient été considérées comme des personnes clés, ayant accès aux communautés reculées.

1994 Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire: l'objectif de Nairobi est réitéré, tout en y ajoutant la tâche de réduire ce taux d'encore 50% d'ici 2015. 179 pays ratifient la convention en y plaçant la santé reproductive au centre.

1995 4^e Conférence mondiale sur les femmes, à Pékin. Une attention

particulière est donnée à la santé reproductive comme droit humain et les engagements de 1994 sont confirmés.

2000 Les États membres des Nations Unies adoptent unanimement la Déclaration du Millénaire, dont dérivent huit objectifs du millénaire (OMD), servant de guide pour les efforts de développement. Le cinquième objectif veut améliorer la santé maternelle, en réduisant de 75% le taux de mortalité maternelle d'ici 2015.

2008 Les améliorations constatées dans les pays développés ne se sont pas matérialisées dans les pays en développement. La probabilité de décéder en couche est de 1/16 pour une femme africaine, taux équivalant à celui du XVIII^e siècle dans nos contrées. **APC**

Les chiffres qui parlent

L'insuffisance des soins professionnels au centre du problème

- Chaque année, 150 millions de grossesses se produisent dans le monde, dont la moitié sont non désirées.
- Dans les pays en développement, où 98% des décès maternels ont lieu, seuls 53% des femmes accouchent avec l'aide d'un professionnel de santé.
- En Sierra-Leone, le taux de mortalité maternelle s'élève à 2 100 pour 100 000 naissances vivantes. Quant à la Suisse, il est de 5 pour 100 000.
- Dans 80% des cas, la mortalité maternelle est causée par un facteur direct: hémorragie, infection, complication due à un avortement dangereux ou à des troubles d'hypertension.
- La majorité des décès liés à la maternité surviennent dans les heures qui suivent l'accouchement. Un quart environ surviennent pendant la grossesse et 15% lors de l'accouchement.



Source de l'infographie: «Mortalité maternelle en 1995: estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP» in E.I. Ransom & N.V. Yinger (2002) «Maternité sans risques, comment éviter les obstacles aux soins», Population Reference Bureau.

- Cette mortalité n'est que «la pointe de l'iceberg»: pour chaque femme qui meurt, 30 autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités pendant leur grossesse ou leur accouchement. On estime que, chaque année, plus de 15 millions de femmes sont ainsi touchées.
- Les décès des nouveau-nés et les enfants morts-nés sont estimés à 8 millions chaque année. Ici encore, l'insuffisance de soins professionnels lors de la grossesse et de l'accouchement joue un rôle majeur.

Sources:

C. McAlister & T.F. Baskett (2006) «Female Education and Maternal Mortality: A Worldwide Survey», Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC).
 E.I. Ransom & N.V. Yinger (2002) «Maternité sans risques, comment éviter les obstacles aux soins», Population Reference Bureau.
 PNUD (2008) «Human Development Reports 2007/08» indicateurs (<http://hdrstats.undp.org/indicators>).
 UNFPA (2002) «Background Information on the Key International Agreements» (<http://www.unfpa.org/mothers/consensus.htm>) V. Rasch (2007), «Maternal Death and the Millennium Development Goals», Danish Medical Bulletin N°2 Vol.54.

Santé et société

La mortalité maternelle : une injustice sociale

Les causes médicales de la mortalité maternelle sont les mêmes partout dans le monde, indépendamment de la richesse d'un pays. Le taux élevé de décès maternels dans les pays en développement est avant tout le résultat de facteurs socio-économiques. Par Sandra Reimann

La grande majorité des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient un meilleur accès à des services de planification familiale et à des soins qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement. Le statut social et économique inférieur de la femme est un déterminant fondamental de la mortalité maternelle; il ne s'agit donc pas seulement d'un problème sanitaire, mais surtout d'une injustice sociale.

Nos trois projets centre-américains font face à de nombreux facteurs discriminants. Au Nicaragua et au Guatemala, les femmes disposent d'un accès limité à l'éducation et aux ressources économiques nécessaires pour payer les soins ou les transports. C'est souvent le mari qui décide si la femme peut prendre des contraceptifs ou consulter un médecin, même si ce dernier n'a pas besoin officiellement du consentement du mari.

Au Nicaragua, un premier projet cible la planification familiale, afin de donner aux femmes de la zone rurale l'accès aux informations et aux moyens de contraception, par les promotrices des *Casas maternas* (hôtels maternels) proches de leur communauté. Un deuxième projet cible les adolescentes, insistant sur la prévention et l'importance de l'éducation. Les adolescentes en particulier affrontent encore davantage d'obstacles

culturels, sociaux et légaux à l'accès au planning familial. Le risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement est deux à cinq fois plus élevé pour une fille de moins de 19 ans que pour une femme adulte. La grossesse précoce n'entraîne pas seulement des complications médicales mais aussi des conséquences sociales.

Au Guatemala, un troisième projet forme les sages-femmes traditionnelles dans les communautés rurales, afin qu'elles détectent les premiers signes de complications pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. Accoucher avec l'aide d'une personne qualifiée, capable de prévenir les complications, représente l'un des principaux moyens de prévenir le décès maternel. Les femmes indigènes possèdent le plus fort taux de fécondité et le plus faible taux de naissances assistées par des médecins ou des infirmières. Dans les centres de santé, le personnel parle rarement leur langue et adopte souvent une attitude discriminatoire à leur égard.

Au Guatemala et au Nicaragua, la religion influence la vie quotidienne, mais aussi l'agenda politique. L'église catholique et les groupes évangéliques se mobilisent pour influencer l'opinion publique et les dirigeants politiques, empêchant des réformes favorables à la santé reproductive.

Ces deux pays criminalisent l'avortement², ce qui incite les femmes à avorter clandestinement dans des conditions précaires. Dans ce contexte, il est d'autant plus important de prévenir les grossesses non désirées. Le Nicaragua et le Guatemala ont longtemps manqué de politiques sanitaires spécifiques et ce n'est que récemment que ces deux pays ont adopté des lois et des programmes de santé reproductive. Néanmoins, la volonté dans l'application et la mise en œuvre laisse encore à désirer et les services gouvernementaux ne satisfont pas la demande de la population.

Les ajustements structurels contraignent les gouvernements à réduire leur déficit budgétaire, au détriment des dépenses sanitaires et sociales, et le développement axé sur la croissance économique a entraîné la privatisation de certains services de santé. Réduire la mortalité maternelle exige une stratégie qui englobe les institutions sanitaires, les communautés et les individus. L'engagement doit tenir compte des besoins spécifiques, des particularités régionales et culturelles et opérer simultanément au niveau sanitaire, social et économique.

² Au Guatemala l'avortement thérapeutique est permis sous certaines conditions.

Eclairage

Sages-femmes empiriques : la fin d'une illusion ?

Travailler avec les sages-femmes empiriques permet de découvrir une réalité de la naissance passionnante, colorée.

Pourtant, depuis plus de 15 ans, l'OMS estime que les efforts de formation pour les sages-femmes empiriques n'ont pas réussi à en faire des agentes de santé: elles ne réagissent pas à l'urgence comme il le faudrait ni suffisamment rapidement

pour sauver la vie de la femme ou de l'enfant. La seule politique qui donnerait des fruits satisfaisants, pour l'OMS, est celle qui consiste à former de véritables sages-femmes, capables de mettre en pratique les gestes qui sauvent (voir par exemple I. Pathmanathan & all (2003), Investing in maternal Health, The World Bank, Washington, 2003).

Que faire alors avec nos projets

de santé maternelle et infantile, au Guatemala et au Nicaragua? Faut-il prendre un nouveau cap, en faisant des projets de formation pour de jeunes femmes, afin qu'elles deviennent infirmières ou sages-femmes? Des projets d'humanisation des services de santé? Des projets d'aide à de nouveaux hôtels maternels?

A méditer...

Viviane Luisier

Lorsque s'engager ne suffit plus!

En tant qu'organisation œuvrant dans le domaine du développement, le travail de la CSSR évolue avec l'état du monde. Durant la 2^e Guerre mondiale, puis la Guerre Froide, l'association se rangeait ouvertement aux côtés de peuples dont l'indépendance était menacée. Aujourd'hui, la décolonisation et la chute de l'Union soviétique ont rendu les conflits plus complexes, car souvent dus à des rivalités internes. Il est donc plus difficile de s'identifier politiquement à un camp.

De plus, l'enthousiasme des années 1960 n'est plus d'actualité et les grandes mobilisations ont laissé place à une société plus individualiste. La multiplication des ONG et leur médiatisation contribuent aussi à la volatilité des dons.

Pour autant, l'engagement de la CSSR n'a pas faibli, c'est simplement la façon dont elle exprime celui-ci qui a changé: d'une aide d'urgence en zone de conflit,

on est passé à un soutien à plus long terme. Conformément à sa charte, la CSSR «organise des actions de solidarité destinées à des groupes de population défavorisés ou opprimés pour leur assurer des conditions de vie saines». De même, à travers un travail d'information aujourd'hui renouvelé, la CSSR continue à documenter et dénoncer les injustices qui prévalent encore.

La CSSR garde-t-elle cette originalité qui a fait sa force? On peut raisonnablement le croire. C'est aussi dans le type d'organisations locales que nous soutenons qu'il faut la chercher. Ces dernières sont déjà constituées et leurs membres ont démontré une forte volonté de mobilisation.

Quant à nos projets, il faut poser ici une question importante: voulons-nous être originaux ou avoir un réel impact? Ce n'est pas un hasard si le thème des femmes est autant présent. En Europe, Mai 68 a libéré la parole féminine,

mais a aussi rendu les gens conscients des discriminations dont les femmes souffraient. L'amélioration de la condition féminine a été reconnue comme nécessaire au développement d'une société. La femme est un élément sécurisant dans la famille qui, le plus souvent, s'occupe des enfants; travailler avec elles, c'est l'assurance d'avoir un plus large impact.

En matière de santé, les femmes affrontent encore beaucoup de difficultés dues à leur seule condition de femme. C'est donc avec raison que la CSSR s'engage avec et pour elles.

Néanmoins, nos projets ne doivent pas faire oublier que c'est aux gouvernements que devrait revenir le premier rôle en matière de santé publique. Tant que ceux-ci n'investiront pas les fonds nécessaires ni n'adapteront leurs stratégies aux besoins des populations, aucun changement durable ne pourra voir le jour.

Alicia Pary

Interview

Gillian Slinger ...

Référente médicale pour la santé reproductive, MSF Suisse

Que pensez-vous de la position de l'OMS à l'égard des sages-femmes traditionnelles?

L'OMS déconseille de former les accoucheuses traditionnelles (matrones). Pour moi, cela semble approprié à des contextes où on trouve des infrastructures sanitaires qui répondent aux besoins des populations. Mais MSF est surtout actif dans des pays où il n'y a pas de système fonctionnel ni de personnel formé sur place. Par exemple, au Congo (RDC), il n'y a pas eu de formation nationale des sages-femmes depuis vingt ans. Au Tchad, le peu de sages-femmes est concentré autour de la capitale et personne ne veut aller dans les zones isolées et insécurisées où rien ne fonctionne. Selon mon expérience dans ces pays, quand il n'y a pas de personnel compétent, il faut absolument travailler avec les personnes disponibles, comme les matrones, pour essayer d'aider les populations vulnérables. Je suis la première à dire que cela n'aurait aucun sens

de former des matrones en Suisse, parce que tout est en place et il y a un nombre adéquat de sages-femmes et médecins. Mais ce n'est pas le cas dans beaucoup de pays.

La mortalité maternelle est souvent vue comme un "problème de femmes"! Et le rôle des hommes?

Oui, c'est quelque chose qui a souvent été oublié. On peut parler de tout ce que l'on veut avec les femmes. Bien sûr, c'est indispensable de parler avec les femmes, mais au niveau décisionnel, c'est les hommes qui peuvent faire bouger les choses dans beaucoup de pays. Il faut donc sensibiliser les communautés y compris les hommes et aussi les personnes importantes comme les chefs de village qui sont écoutés et respectés par leur communauté. Dans certains contextes, les femmes n'ont pas de pouvoir décisionnel et elles ne peuvent pas s'exprimer devant un homme ou même un adolescent. Donc, pour discuter avec elles et faire

passer les messages concernant la santé, dans ce type de contexte, il faut souvent les mettre à part.

Quel rôle jouent les traditions dans la santé des femmes et que peuvent y faire les ONG?

Certaines pratiques traditionnelles sont dangereuses pour la femme et le nouveau-né. L'excision par exemple ou les scarifications pratiquées sur des nouveau-nés qui donnent des infections ou des septicémies mortelles. Les ONG peuvent implémenter des activités de sensibilisation, mais c'est difficile dans le cadre de projets à court terme parce qu'on touche à des traditions qui sont en place depuis des générations. Donc, il faut y aller doucement parce que, lorsque l'on commence à critiquer, on met des barrières et les gens risquent de ne plus revenir. Il faut créer une proximité avec la population, en établissant une relation de confiance et de respect mutuel, et cela prend souvent beaucoup de temps.