

IL Y A DES MÈRES RICHES, ET DES MÈRES PAUVRES :

LES FACTEURS SOCIAUX DÉTERMINANT LA MORTALITÉ ET L'INVALIDITÉ MATERNELLES

Mise à jour avec rétroinformation technique de décembre 2012

Introduction

Le risque que court une femme de mourir ou de devenir invalide durant la grossesse et l'accouchement est en rapport étroit avec son statut social et économique, les normes et valeurs de la culture à laquelle elle appartient et le fait de résider dans un lieu géographique reculé. De manière générale, plus une femme est pauvre et marginalisée, plus son risque de mourir est grand. En fait, les taux de mortalité maternelle reflètent les inégalités entre pays riches et pays pauvres plus qu'aucune autre mesure d'ordre sanitaire¹. En Afrique subsaharienne, le risque d'une femme, calculé sur la durée de vie, de mourir du fait de la grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 39 contre 1 sur 4 700 dans les pays développés².



Le nombre de décès maternels est le plus élevé dans les pays où les femmes ont le moins de chances de bénéficier d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement, que ce soit une sage-femme, un médecin ou un autre professionnel de la santé bien formé. De même, dans un pays donné, ce sont les femmes les plus pauvres et ayant le moins d'instruction qui courent le plus grand risque de décès ou d'invalidité maternelle³.

Des taux élevés de mortalité maternelle sont un indice non seulement du fonctionnement médiocre de systèmes de santé, mais aussi d'inégalités entre les sexes profondément enracinées, qui ne laissent aux femmes qu'un contrôle limité sur la prise de décisions et restreint leur accès à l'aide sociale, aux opportunités économiques et aux soins de santé⁴. Ces inégalités entre les sexes se manifestent de bonne heure; les filles nées dans des familles pauvres sont plus exposées au mariage précoce et à l'exploitation, par exemple la traite à des fins sexuelles ou le travail forcé. Les adolescentes n'ont souvent pas le pouvoir de décider si elles peuvent recourir à la contraception ni si elles ont ou non des rapports sexuels. Cela les expose à un risque élevé de grossesse précoce et aux complications qui en résultent.

Dans de nombreux pays en développement, les systèmes juridiques n'aident guère femmes et filles à protéger leurs droits en matière de procréation. Dans certains cas, la législation leur refuse délibérément ces droits, par exemple au moyen de lois qui interdisent aux adolescentes d'avoir accès à la contraception ou exigent à cette fin la permission de leurs parents ou de leur mari⁵. En outre, même si des lois non discriminatoires existent, elles ne sont pas universellement appliquées. L'absence de soutien légal ne fait que perpétuer les inégalités entre les sexes qui mettent en danger la vie des femmes.

La situation actuelle

Non moins de 36 pour cent des femmes âgées de 20 à 24 ans dans le monde en développement sont mariées avant l'âge de 18 ans⁶. Les taux de mariage d'enfants sont trois fois plus élevés parmi les adolescentes les plus pauvres que parmi celles qui appartiennent à des familles aisées. Le mariage précoce expose les filles à un risque accru de grossesse prématurée, d'invalidité et de décès⁷.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, une fille sur 10 est mère à l'âge de 16 ans, les taux les plus élevés se situant en Afrique subsaharienne et dans l'Asie centrale du Sud et l'Asie du Sud-Est. Dans des pays à revenu élevé comme le Canada et la Suède, le taux de grossesse des adolescentes n'est que de 3 pour cent environ⁸. Le risque de décès maternel est le plus élevé pour les filles âgées de moins de 15 ans. Une grossesse

1 FILLE
SUR 10
EST MÈRE À
L'ÂGE DE 16 ANS

à l'adolescence force de nombreuses filles à interrompre leurs études, ce qui comporte des conséquences négatives à long terme pour leur avenir—et pour celui de leurs familles et communautés⁹.

Les femmes pauvres et sans instruction vivant dans des zones reculées sont celles qui ont le moins de chances de recevoir des soins de santé maternelle adéquats. Ceci est particulièrement vrai dans les régions où les agents sanitaires qualifiés sont peu nombreux, comme l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Dans les pays à revenu élevé, pratiquement toutes les femmes bénéficient d'au moins 4 visites de soins prénatals et de l'assistance d'un agent sanitaire qualifié durant l'accouchement et elles reçoivent des soins post-partum. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, moins de la moitié des femmes enceintes reçoivent de cet ensemble continu de soins¹⁰.

Certaines communautés accordent moins de prix à la santé des femmes qu'à celle des hommes. Il arrive que les parents donnent priorité à la vie et à la santé de leurs fils sur celle de leurs filles. Filles et femmes n'ont souvent pas de contrôle sur les ressources financières ou l'accès aux transports, et dépendent ainsi de leurs parents de sexe masculin ou de leurs belles-mères pour avoir accès aux services de santé¹¹.

Dans l'ensemble du monde en développement, la santé des filles est déterminée davantage par des forces sociales que par des facteurs biologiques. La pauvreté et l'inégalité entre les sexes exposent les filles à l'exploitation, aux violences physiques, à la grossesse précoce et aux risques qui en sont inséparables, ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH¹².

Le niveau d'éducation est un facteur essentiel de la santé d'une femme. L'éducation permet aux femmes de faire des choix informés et de rechercher des soins de santé appropriés. Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur l'Asie et el Pacifique montre que les taux de mortalité maternelle sont en étroite corrélation avec les taux d'alphabétisation féminine ; plus les femmes sont instruites, plus le taux de mortalité maternelle est faible¹³.

Le besoin de contraception non satisfait est le plus élevé parmi les femmes pauvres, les moins instruites, les plus jeunes et celles vivant dans les zones rurales. Dans bien des pays en développement, les femmes appartenant à la tranche de revenu la plus élevée sont deux fois plus nombreuses à utiliser des contraceptifs modernes que les femmes appartenant à la tranche de revenu la plus faible¹⁴. Au total, 215 millions les femmes des pays en développement ont un besoin non satisfait de contraception¹⁵.

LES TAUX DE MORTALITÉ
MATERNELLE SONT EN
ÉTROITE CORRÉLATION
AVEC LES TAUX
D'ALPHABÉTISATION
FÉMININE ; PLUS
LES FEMMES SONT
INSTRUITES, PLUS LE
TAUX DE MORTALITÉ
MATERNELLE EST FAIBLE.



Chaque jour, près de 800 femmes— dont 99 pour cent dans les pays en développement—meurent de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Sur ce nombre de femmes, 440 environ vivent en Afrique subsaharienne, 228 en Asie du Sud et 6 dans les pays riches¹⁶.

La plupart des décès maternels sont évitables, car les solutions sanitaires permettant de prévenir ou de gérer les complications sont solidement en place. Pour sauver leur vie, les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals durant la grossesse, à des soins qualifiés lors de l'accouchement, et à un soutien dans les semaines qui le suivent¹⁷.

Que faut-il faire ?

La réduction de la mortalité et de l'invalidité maternelles n'est pas seulement une question de santé au niveau mondial; c'est aussi une affaire de droits fondamentaux. Les solutions permettant de sauver la vie des femmes durant la grossesse et l'accouchement sont aisément disponibles, mais des centaines de milliers de femmes continuent de mourir chaque année pour différentes raisons : pauvreté, systèmes de santé inefficaces, et inégalités entre les sexes profondément enracinées qui ne permettent pas aux filles et aux femmes de prendre des décisions informées et indépendantes pour protéger leur santé. Afin de faire face à ces problèmes, il faut agir à de multiples niveaux.

La communauté internationale doit donner priorité à l'investissement dans les politiques et programmes de santé maternelle et de planification familiale, surtout pour les femmes pauvres. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-moon, lancée en 2010 a favorisé des progrès intéressants dans ce domaine en mobilisant des ressources financières accrues au bénéfice de la santé de la femme et de l'enfant. De même, les pays en développement doivent considérer la santé maternelle comme l'une des clés du développement et prendre l'engagement d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé procréative. Cela exige d'amplifier et d'améliorer les systèmes de santé, et en même temps de dispenser aux femmes une éducation sanitaire et de remédier aux facteurs sociaux et culturels qui sont susceptibles de décourager certaines des plus vulnérables de rechercher des soins.

Un aspect capital de l'action dans ce domaine implique l'examen des attitudes et comportements des prestataires de soins de santé, qui reflètent souvent les normes et attitudes culturelles dominantes du sexe masculin, dont certaines peuvent être discriminatoires à l'égard des filles et des femmes. Pour sauver

LA SANTÉ MATERNELLE
EST ÉTROITEMENT LIÉE
AU STATUT SOCIAL
ET ÉCONOMIQUE DES
FEMMES



leur vie, il faut remettre en question les préjugés sociaux nuisibles qui limitent radicalement leur choix et qui détournent maris, pères, prestataires de soins de santé et décideurs d'investir dans les filles et les femmes. Pour transformer ces attitudes et comportements, il est nécessaire d'agir non seulement auprès des femmes, mais aussi auprès des hommes et des garçons afin de démontrer les bénéfices que l'égalité des sexes comporte pour les familles et communautés.

En même temps, parce que la santé maternelle est étroitement liée au statut social et économique des femmes, il est essentiel d'investir dans leur éducation et leur autonomisation afin d'éviter les décès maternels. Des efforts au niveau mondial visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement 2 et 3 — respectivement, assurer l'éducation primaire pour tous et promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes — sont en conséquence d'importance vitale pour améliorer dans le monde entier la santé des filles, des femmes et de leurs familles.

Les bénéfices de l'action

Répondre au besoin non satisfait de planification familiale moderne et de soins de santé maternelle et infantile réduirait les décès maternels des deux tiers environ – leur nombre tomberait de 287 000 à 105 000¹⁸. Investir dans la planification familiale et l'amélioration des soins de santé maternelle comporte des bénéfices complémentaires : meilleur choix du moment et de l'espacement des naissances, réduction des risques de complications, et améliorations dans la santé des femmes et des nouveau-nés¹⁹.

L'éducation des filles et des femmes comporte des avantages décisifs sur le plan sanitaire.

Utilisant les données de l'Enquête mondiale de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé maternelle et périnatale, des chercheurs ont établi que les femmes n'ayant reçu aucune éducation courent un risque près de trois fois plus grand de mourir durant la grossesse et l'accouchement que les femmes ayant terminé leurs études secondaires²⁰. Le niveau d'éducation d'une mère non seulement l'aide à survivre, mais aussi joue un rôle capital dans la survie de l'enfant passé l'âge de cinq ans. La recherche montre que plus la mère a un niveau d'éducation élevé, plus en général ses enfants jouissent d'une bonne santé²¹.

LES FEMMES N'AYANT
REÇU AUCUNE
ÉDUCATION COURENT
UN RISQUE PRÈS DE
TROIS FOIS PLUS GRAND
DE MOURIR DURANT
LA GROSSESSE ET
L'ACCOUCHEMENT QUE
LES FEMMES AYANT
TERMINÉ LEURS ÉTUDES
SECONDAIRES.

LES PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNELLE DE L'UNFPA COUVRENT PLUS DE 90 PAYS

La réduction du nombre des grossesses non désirées, surtout parmi les adolescentes, améliorerait les perspectives d'éducation et d'emploi pour les femmes, ce qui par voie de conséquence aiderait à relever leur condition, augmenter l'épargne familiale, réduire la pauvreté et stimuler la croissance économique²².

Les améliorations apportées à la santé maternelle comportent des bénéfices sociaux et économiques, aidant à briser le cycle de pauvreté d'une génération à l'autre. Quand les femmes ont une grossesse planifiée et sont alors en bonne santé, il en résulte d'importants bénéfices pour elles-mêmes, leurs enfants, leur communauté et leur pays²³.

Que fait L'UNFPA?

L'UNFPA travaille à défendre les droits procréatifs des filles et des femmes en influant sur la politique et la législation; en aidant les gouvernements à consolider leurs systèmes de soins de santé; en mobilisant les dirigeants et organisations au niveau communautaire en vue de changer comportements et attitudes; en faisant appel aux hommes en tant que partenaires au service de la santé procréative; en autonomisant les jeunes par le biais d'une éducation à la sexualité et de l'accès à des services de santé équitables; et en encourageant la participation des filles et des femmes à la prise de décisions à tous les niveaux. L'UNFPA est au premier plan du plaidoyer pour les femmes et de la défense de leurs droits à l'éducation, à la santé et à la libération de l'exploitation et de la violence²⁴.

La maternité sans danger est une composante essentielle du bien-être et de l'autonomisation des femmes. Les programmes de santé maternelle de l'UNFPA qui couvrent plus de 90 pays, mettent l'accent sur la réalisation d'améliorations à long terme dans les systèmes de santé afin de prévenir la mortalité et l'invalidité maternelles, notamment la fistule obstétricale. En 2008, l'UNFPA a créé le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle afin d'accroître la capacité des systèmes nationaux



de santé à offrir un large éventail de services de santé maternelle de bonne qualité, réduire les inégalités en matière de santé et autonomiser les femmes pour qu'elles exercent leurs droits à la santé maternelle. L'UNFPA agit aussi en partenariat avec ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé afin d'accélérer les progrès s'agissant de sauver la vie des femmes et des mères dans les pays où les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés²⁵.

NOTES

- 1 Organisation mondiale de la santé, "Health in Asia and the Pacific", 2008. .
- 2 Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010", 2012.
- 3 ONU, "Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2011".
- 4 Organisation mondiale de la santé, "Health in Asia and the Pacific", 2008.
- 5 Center for Global Development, "Start with a Girl: A New Agenda for Global Health", 2009.
- 6 Ibid.
- 7 UNICEF, "La situation des enfants dans le monde, 2011".
- 8 Guttmacher Institute, "Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health". Consulté le 25 mars 2012.
- 9 Organisation mondiale de la santé, "Adolescent Pregnancy". Consulté le 6 mars 2012.
- 10 Ibid.
- 11 Organisation mondiale de la santé, "Health in Asia and the Pacific", 2008.
- 12 Center for Global Development, "Start with a Girl: A New Agenda for Global Health", 2009.
- 13 Organisation mondiale de la santé, "Health in Asia and the Pacific", 2008.
- 14 L'UNFPA et Guttmacher Institute, "Une vue d'ensemble : Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 15 Guttmacher Institute, "Facts on Satisfying the Need for Contraceptive Use in Developing Countries", juin 2010.
- 16 Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010", 2012.
- 17 Organisation mondiale de la santé, "Maternal Mortality Fact Sheet", novembre 2010.
- 18 Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010", 2012.
- 19 L'UNFPA et Guttmacher Institute, "Une vue d'ensemble: Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 20 Karlsen, Saffron et al. "The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health". *BMC Public Health* 2011, 11: 606.
- 21 ONU, "Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2011".
- 22 UNFPA et Guttmacher Institute. "Une vue d'ensemble : Les coûts et avantages d'investir dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale", 2009.
- 23 Ibid.
- 24 Site web de l'UNFPA, "Advancing Human Rights". Consulté le 20 février 2012.
- 25 Site web de l'UNFPA, "Safe Motherhood: Overview". Consulté le 20 février 2012.



**Pour en savoir plus
sur les activités de
l'UNFPA, visiter
www.unfpa.org.**

*On trouvera une information sur
la campagne de l'ONU Toutes les
femmes, tous les enfants au site
www.everywomaneverychild.org.*