

## CONFÉRENCE INVITÉE

# La santé des femmes dans les pays en voie de développement

MOTS-CLÉS : MORTALITÉ MATERNELLE. OBSTÉTRIQUE. DROIT DES FEMMES

## *Women's health and development*

KEY-WORDS (Index medicus) : MATERNAL MORTALITY. OBSTETRICS. WOMEN'S RIGHTS

**L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article**

Jacques MILLIEZ \*

## RÉSUMÉ

*Par rapport aux pays développés, la mortalité maternelle est cent fois plus élevée dans les pays à faibles ressources, où chaque minute une femme meurt parce qu'elle est enceinte. Les décès surviennent presque tous pendant l'accouchement, à domicile, et le plus souvent par hémorragie. L'absence de professionnel de la naissance, l'éloignement et le dénuement qui empêchent l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en expliquent les causes. Quatre facteurs contribuent à la réduction de la mortalité maternelle : l'élévation du niveau de vie, l'éducation des filles, la baisse de la fertilité, la formation de personnels qualifiés en obstétrique.*

## SUMMARY

*Compared to industrialized countries, the maternal mortality rate is 100 times higher in resource-poor countries, where every minute a woman dies because she is pregnant. Most of these deaths are due to hemorrhage during home delivery. This high fatality rate results mainly from a lack of obstetric professionals, remoteness, and poverty, all of which hinder timely access to emergency obstetric care. Four factors can help to reduce maternal mortality: a higher standard of living, better education of girls, a lower fertility rate, and better access to obstetric professionals.*

\* Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine

Gynécologie-obstétrique, Hôpital Saint-Antoine, 184 rue du faubourg Saint-Antoine —  
75571 Paris cedex 12 ; e-mail : j.milliez@sat.aphp.fr

Tirés à part : Professeur Jacques MILLIEZ, même adresse

Article reçu le 29 février 2012, accepté le 5 novembre 2012

## **INTRODUCTION**

Leur santé reflète parfaitement l'inégalité d'accès aux soins dont sont victimes les femmes des pays émergents ou des pays en développement (PED) ou à faibles ressources.

### **L'espérance de vie des femmes**

Parmi les pays dits émergents, ou en voie de développement, sont qualifiés de pays à faible niveau de ressources ceux dont le revenu quotidien par habitant est inférieur à deux dollars US (2 US\$). Dans les pays développés, l'espérance de vie des femmes est de 79,7 ans. En Suisse, par exemple, elle est de 83,6 ans, au Canada de 80,6 ans. Dans les pays en développement à faible niveau de ressources, l'espérance de vie des femmes n'est que de 52,9 ans en moyenne, de 50,2 ans par exemple pour le continent africain, de 47 ans en Afrique de l'Ouest [1]. Plus significatif encore, alors que partout ou presque dans le monde, notamment dans les pays industrialisés, l'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des femmes, 72,4 ans pour les hommes contre 79,7 ans pour les femmes, dans les pays en développement l'espérance de vie des femmes peut être paradoxalement inférieure à celle des hommes : au Kenya par exemple l'espérance de vie est de 47,7 ans pour les femmes contre 49,7 ans pour les hommes, au Malawi, en Zambie, elle est de 40 ans pour les femmes contre 40,8 ans pour les hommes, au Zimbabwe elle est de 35,8 ans pour les femmes contre 37,5 ans pour les hommes, dans le Sud de l'Afrique, au Botswana elle est de 32,8 ans pour les femmes contre 34,3 ans pour les hommes, en Namibie de 45,6 pour les femmes contre 46,3 pour les hommes. Au Swaziland enfin, l'espérance de vie des femmes n'atteint même pas l'âge de 30 ans, elle est de 29,4 ans. Seuls les hommes atteignent, mais dépassent à peine, l'âge de 30 ans, avec une espérance de vie de 30,5 ans.

### **La mortalité maternelle**

Une des premières, et sans doute même la première cause de mortalité des femmes dans les pays pauvres est la grossesse [2]. Parmi les objectifs du Millénaire pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) figure la réduction de 75 % de la mortalité maternelle dans le monde d'ici 2015 [3]. Le décollage n'a toujours pas commencé [4], et les données, même exhaustives, ce dont on peut douter [5], demeurent affligeantes. Pour 100 000 naissances la mortalité des femmes enceintes en Europe varie de 2 en Suède, 4 en Espagne, 5 au Danemark, 6 en Finlande, 8 en Allemagne, à 10 en France. Dans les pays privés de ressources, elle est cent fois plus élevée : 2 000 morts maternelles pour 100 000 naissances en Sierra Leone ou au Cameroun, soit 2 % des femmes enceintes, 1,9 % en Afghanistan, 1,8 % au Malawi, 1,7 % en Angola, 1,6 % au Niger, etc. Chaque année 500 000 femmes meurent parce qu'elles sont enceintes, soit une toutes les minutes et demi. 99 % d'entre elles accouchent dans les pays en développement, 60 % en Asie, 30 % en Afrique, 7 % en

Amérique du Sud, 1 % en Océanie. En Inde il meurt autant de femmes enceintes en une seule semaine que pendant toute une année en Europe. Pourquoi ? Parce que dans les pays pauvres les femmes accouchent seules, sans aucune assistance d'un/une professionnel(le) de la naissance.

### **La pénurie des professionnels de la naissance**

Globalement dans le monde, 62 % des femmes accouchent aidée par un médecin, par une sage femme, ou une infirmière spécialisée. Dans les pays développés ce taux est de 99 %. Il est de 57 % dans les pays émergents, et seulement de 34 % dans les pays à faibles revenus [6]. Or presque toutes les morts maternelles se produisent à l'accouchement, beaucoup plus rarement pendant la grossesse [7]. En Afrique le taux de présence de professionnels de la naissance à l'accouchement est de 47 % et il n'a pratiquement pas augmenté depuis vingt ans. Il est de 41 % en Afrique de l'Ouest, 35 % en Afrique de l'Est, 16 % au Niger, 14 % au Tchad, 6 % en Éthiopie. Malgré 25 % du poids des maladies l'Afrique ne dispose que de 1,3 % des personnels de santé disponibles pour l'ensemble des pays. Sur les quatre millions de soignants qui manquent dans le monde, un million font défaut à l'Afrique [2]. Pour l'essentiel ces professionnels de santé absents se concentrent dans les capitales et les grands centres urbains de leurs pays, ou bien se sont installés, à la faveur d'une immigration choisie, dans les pays industrialisés, où ils contribuent à la poursuite de la croissance de ces pays, laissant sombrer dans un sous développement croissant leur pays d'origine [8].

### **L'accès aux soins obstétricaux d'urgence**

La pénurie de professionnels qualifiés de la naissance se traduit par un déficit tragique d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et notamment aux interventions césariennes d'urgence vitale [9]. Le taux, d'ailleurs excessif, de césariennes se situe autour de 20 % des naissances en Europe, de 30 % aux USA, de 40 % en Chine urbaine. Le taux optimal de césariennes, tous pays confondus, serait selon l'OMS de 15 %. Le taux minimum théorique pour sauver les mères d'hémorragies ou de ruptures utérines, sans parler de la survie des enfants, est de 3 % à 5 % [10]. En Afrique de l'Ouest le taux des césariennes n'est que de 1,7 % : 2,7 % à Ouagadougou, 2,1 % à Niamey, 1,6 % à Bamako, 1,5 % à Abidjan, 0,8 % dans la province du Kaolack au Sénégal, 0,7 % à Nouakchott. À ce déficit des taux de césariennes s'ajoutent, et pour les mêmes raisons, le manque de soins chirurgicaux d'urgence en obstétrique, l'impossibilité de recourir aux extractions instrumentales, aux manœuvres manuelles de délivrance artificielle du placenta ou de révision utérine, ou encore aux hystérectomies d'hémostase pour sauver une vie en cas d'hémorragie de la délivrance [11].

### **Les causes médicales de la mortalité maternelle**

Or l'hémorragie est, partout mais en particulier dans les pays en voie de développement, la première cause de mortalité des femmes enceintes [2]. Que ce soit par placentation anormale, placenta praevia ou perforant, par hématome rétro placentaire, par rupture utérine ou par hémorragie de la délivrance, l'hémorragie rend compte de plus de 40 % des morts maternelles. Ces morts sont directement dues à l'absence d'intervention obstétricale d'urgence ou d'intervention chirurgicale, sans parler de l'absence de transfusion sanguine. Les autres causes de morts maternelles sont l'infection et les septicémies des suites de couches pour 15 %, l'hypertension artérielle de la grossesse et l'éclampsie pour 12 %, les embolies pulmonaires pour 8 %, les avortements non médicalisés, pour 10 %.

Chaque année en effet, soixante-quinze millions de grossesse, soit la moitié des grossesses dans le monde, ne sont pas attendues, pas toujours les bienvenues. Quarante millions finiront par un avortement volontaire, vingt millions de ces avortements seront non médicalisés, clandestins. Ils seront responsables, par hémorragie, infection, perforation utérine, de trente mille à soixante mille morts de femmes [12]. En Afrique l'interruption volontaire de grossesse, IVG, n'est dépénalisée qu'en Tunisie et en Afrique du Sud.

Enfin, pour 15 % des morts maternelles la cause du décès est dite indirecte, due à des pathologies associées, les cardiopathies rhumatismales, l'anémie, les hépatites, le paludisme, le SIDA, etc.

### **Le VIH et la santé des mères et des enfants**

Le SIDA est venu depuis trente ans ajouter un poids insupportable à la morbidité/mortalité des femmes enceintes et des enfants dans le monde, notamment dans les pays en développement et tout particulièrement en Afrique [13]. Plus de vingt-six millions de femmes sont séropositives pour le VIH, 99 % d'entre elles vivent dans les pays en développement, 66 % en Afrique subsaharienne. Et 68 % des nouvelles contaminations par le VIH affectent les femmes, presque toutes en âge de maternité. En Ouganda par exemple la prévalence de la séropositivité VIH culmine chez les femmes entre 20 et 29 ans, elle est de 7,3 % entre 15 et 19 ans, de 26,5 % entre 20 et 29 ans, de 21,7 % entre 30 et 39 ans, de 9,7 % entre 40 et 49 ans. La moitié des contaminations, quasi toutes hétérosexuelles, se produisent entre l'âge de 14 ans et l'âge de 24 ans. Les grossesses sont le fruit de rapports non protégés avec, pour chaque fois, un risque de contamination très supérieur dans les pays à faible ressource : ce risque est de 0,0003 pour chaque rapport non protégé en Europe, de 0,0014 aux USA, il était de 0,056, cent ou mille fois plus élevé, en Thaïlande [14]. La prévalence de la séropositivité VIH chez les femmes enceintes voisine 30 % dans nombre de grands centres urbains en Afrique, il est même de 40 % au Swaziland. Au Malawi, au Zimbabwe la mortalité des femmes enceintes séropositives pour le VIH est vingt-deux fois plus élevée que pour les femmes enceintes séronégatives [15]. Ni

les tests de dépistage, ni les médicaments anti rétroviraux (ARV) ne sont généralement accessibles, ils sont trop chers. La couverture en ARV n'est que de 30 % en Éthiopie, au Malawi, en Chine, au Burundi, au Kenya, en Afrique du Sud, etc. Les essais thérapeutiques qui seuls permettent en Afrique, et seulement pour un temps, un accès assuré aux médicaments spécifiques, ont été critiqués car conduits contre placebo [16]. Alors que dans les pays médicalisés la transmission verticale du virus de la mère au fœtus est devenue quasi nulle, inférieure à 2 %, avec les traitements spécifiques, antirétroviraux ou autres, le taux de contamination des nouveau-nés est de 25 % à 30 % en Afrique, 50 % en cas d'allaitement, seul pourtant capable d'éviter une mortalité néonatale et infantile encore plus élevée par diarrhée saisonnière [17]. La moitié de ces enfants contaminés à la naissance par le VIH ne vivra pas au-delà de deux ans. L'autre moitié grossira, en Afrique, la sinistre cohorte des quatorze millions d'enfants orphelins du SIDA.

### **La mortalité infantile**

La mortalité infantile à un an n'est d'ailleurs pas dissociable de la santé des femmes. Pour mille naissances vivantes, elle est de sept dans les pays développés, trois en Suède et en Norvège, quatre en Finlande en Allemagne et en France et en Suisse. Elle est de cinquante-neuf pour mille dans les pays en développement, de quatre-vingt-treize pour mille dans les pays privés de ressource, soit plus de un nouveau-né sur dix : la mortalité infantile à un an est de cent-seize pour mille en Côte d'Ivoire, cent-vingt-huit pour mille au Mali, cent-trente-trois pour mille en Angola, cent-trente-six pour mille au Liberia, cent-soixante-et-un pour mille en Sierra Leone [1]. Quatre millions d'enfants nouveau-nés meurent chaque année dans le monde de maladie évitable [18]. Pourquoi ? Parce qu'ils ne reçoivent aucun soin médical approprié, aucune vaccination, ou bien que par tradition on continue méticuleusement à leur inoculer le tétanos en oignant leur cordon ombilical avec la cendre tirée de l'âtre [19]. Il aurait suffi de vacciner leur mère pendant la grossesse, comme il suffirait de distribuer des moustiquaires pour éviter le paludisme mortel des nourrissons [20].

### **L'accès à la contraception**

Pour réduire la mortalité maternelle, mais aussi celle des nouveau-nés, il est convenable et convenu de prévenir les populations de femmes concernées contre les grossesses trop précoces, avant l'âge de 18 ans, ou les grossesses trop tardives, après l'âge de 40 ans, ou trop fréquentes ou trop rapprochées. Donc de leur faciliter l'accès à la contraception. Presque tous les pays au monde ont effectué insensiblement leur transition démographique et réduit leur natalité, sauf les pays d'Afrique et notamment d'Afrique de l'Ouest. La croissance démographique des pays développés pour la période 2005-2010 est estimée devoir être de 0,2 %, elle devrait être encore de 1,3 % dans les pays en développement et de 2,3 % dans les pays les plus pauvres. Or l'accès à la contraception est le reflet inverse de la démographie, 17 % seulement des

femmes en bénéficient en Afrique de l'Est, 8 % d'entre elles en Afrique de l'Ouest, dont le Niger, 6 % en Centre Afrique, 5 % en Érythrée [1]. À la contraception s'opposent la religion, la culture, les traditions, mais aussi la pénurie des ressources financières.

### **Santé des femmes et ressources financières**

Souvent, malheureusement, les programmes internationaux de maîtrise de l'économie des États s'opèrent au détriment, non pas de l'armement militaire, mais des budgets de la Santé et de l'Éducation [21]. Le Produit Intérieur Brut, le PIB, par habitant est en moyenne de 24 US\$ dans le monde [1]. Il est de 108 US\$ aux USA, de 105 US\$ en Norvège, de 97 US\$ en Suisse. Il n'est en moyenne que de 3,6 US\$ dans les pays les plus démunis : 1,6 US\$ au Malawi, 1,8 US\$ au Burundi, 1,8 US\$ en Tanzanie, 2,2 US\$ en Éthiopie. Il serait peu réaliste de supposer que les citoyens puissent subvenir eux-mêmes aux dépenses de leur santé, à une époque où risquent de se reproduire, la crise économique aidant, les émeutes de la faim. L'épidémie de VIH alourdit encore la pénurie [22] : une séroprévalence de 10-15 % réduit de 1 % par an le PIB des pays qui en sont frappés. Or la part du PIB national consacré à la santé publique [1] qui est de 8,7 % en Allemagne, de 8,6 % en Norvège, de 7,7 % en France, n'est que de 0,7 % au Burundi et dans la République Démocratique du Congo par exemple, de 1 % en Côte d'Ivoire, de 1,2 % en Somalie, de 1,7 % au Maroc, expliquant la carence des programmes publics en faveur, notamment, de la santé des femmes.

### **Santé des femmes et éducation**

Les indicateurs de santé, notamment ceux des femmes, dépendent aussi directement du degré d'alphabétisation des filles : sans capacité de lecture il reste impossible de se soigner correctement [23]. Or le taux d'analphabétisme des femmes de plus de 15 ans [1] est de 87 % au Tchad, et en Afghanistan, de 85 % en Mauritanie, de 67 % en République Centre Africaine, de 60 % au Maroc. La part du PIB consacrée à l'école primaire, qui est autour de 25 % dans les pays développés, n'est que de 2 % en Indonésie par exemple, de 7,2 % au Bangladesh, de 7,4 % au Rwanda, de 8,5 % au Cameroun, de 9,3 % en Zambie.

Pour accoucher dans la salubrité, pour nourrir les enfants et préparer leurs biberons, il faut de l'eau. L'accès à l'eau potable [1] ne bénéficie qu'à 13 % de la population en Afghanistan, 22 % en Éthiopie, 29 % en Somalie, 34 % au Cambodge, 45 % au Kenya, 62 % au Bangladesh. Or il n'existe pas de santé véritable sans accès à l'eau.

### **Les fistules obstétricales [24]**

Parmi les jeunes femmes, souvent les plus jeunes, il en est qui ne peuvent accéder aux points d'eau que la nuit, les ilotes, les exclues : elles portent en elles depuis leur

accouchement, une fistule pelvienne, vésico-vaginale ou recto vaginale. À cause d'une disproportion fœto-pelvienne, d'un bassin exigu, d'un fœtus un peu gros ou mal orienté, elles ont accouché d'un enfant né sans vie. Elles ont échappé à la mort, à la rupture utérine, à la septicémie. Mais le travail d'accouchement a été interminable, il a duré des jours et des jours, la tête du fœtus est restée bloquée dans leur bassin. Alors les parois du vagin se sont nécrosées sur les points d'appui, la vessie ou le rectum se sont délités sous la pression. Après la délivrance elles ont perdu du liquide, de l'urine. Après les quarante jours elles se sont refusées au mari, après deux mois il les a répudiées. Elles sont retournées chez leurs parents, bouches inutiles et nauséabondes, impropres même à la prostitution, elles ne se lavent qu'au point du jour, avec les bêtes. Elles sont ainsi sans doute plus de deux millions dans le monde, en Afrique, en Asie, entre 50 000 et 150 000 de plus chaque année, en attente de traitement [24]. La chirurgie peut guérir, en un seul temps, plus de 80 % d'entre elles, à condition de pouvoir accéder à l'un des centres spécialisés de prise en charge, telle la Clinique des Fistules d'Addis Abeba, ou aux organisations non gouvernementales francophones d'urologues et de gynécologues bénévoles, qui, après les avoir opérées, et cicatrisé leurs stigmates, s'attachent aussi à les resocialiser, à les réintégrer dans leurs droits.

### **Santé et droits des femmes**

Plus de soixante ans après la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (et de la Femme) de 1948, plus de quinze ans après la Conférence Internationale du Caire, en 1994, sur la Population et la Démographie, au lendemain de la Déclaration Universelle de l'UNESCO sur la Bioéthique et les Droits de l'Homme, en 2006, [25] qui dans son article 13.14 stipule que : « (...) la jouissance du niveau de santé le plus élevé appartient aux droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, d'appartenance politique, de condition sociale ou économique ; les progrès de la science et des techniques doivent se mettre au service de la qualité des soins et de la médecine, en particulier pour la santé des femmes et des enfants (...) », les droits des femmes, notamment à la santé, demeurent trop souvent brimés.

### **Les mutilations génitales féminines**

Quel bilan pour les droits des femmes ?

- vingt millions d'avortements non médicalisés chaque année [12] ;
- plus de deux millions d'avortements par an pour sélection du sexe éliminant systématiquement les filles, en Inde, en Chine [26] ;
- des trafics corollaires de filles dans ces pays où les hommes désormais ne peuvent plus se marier ;
- des milliers de morts de femmes par violence conjugale [27] ;
- des lapidations pour adultère ;
- des crimes « d'honneur » pour défaut de virginité au mariage ;

- des feux de « sari » pour se débarrasser d'une femme, et toucher une nouvelle dot ;
- 250 000 stérilisations féminines non consenties en Amérique du Sud [28] ;
- 500 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, 80 % dans les pays en développement, avec une chance de survie qui n'est que de 21 % en Afrique subsaharienne, un nouveau vaccin mal adapté aux types sérologiques des virus qui y prévalent, inabordable de toutes façons quand il faut aussi se prémunir contre les autres fléaux, le paludisme, la tuberculose, le SIDA, etc [29] ;
- et puis 130 millions de femmes victimes de mutilations génitales [30], six mille de plus chaque jour, 100 % des femmes en Somalie, 98 % à Djibouti, 97 % en Égypte, 92 % au Mali, 90 % en Sierra Leone, 89 % au Soudan, 80 % en Gambie et en Éthiopie, 60 % au Tchad : excision, clitoridectomie, infibulation, scarifications, amputation de la sexualité, à cause de la tradition, d'une religion mal interprétée, de la cupidité des exciseuses, de l'indifférence ou de l'indulgence des Lois...

On peut craindre alors que les initiatives en faveur de la Maternité sans Risque ne restent qu'un slogan.

### **Les remèdes : des programmes de Maternité sans Risque**

Les stratégies et les programmes se sont multipliés pour tenter de remédier aux excès de risques qui pèsent sur la santé des femmes dans le monde, notamment sur l'inacceptable mortalité maternelle. La politique des soins de santé primaire adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma Ata en 1978 s'est soldée par un échec. Le recyclage des matrones, les accoucheuses traditionnelles, si précieuses pourtant pour l'accompagnement affectif et culturel des accouchées, n'a jamais permis la moindre réduction des morts maternelles [31]. En fait la première cause des morts maternelles est la pauvreté [32]. Beaucoup des femmes qui meurent en couche ont accouché à la maison, dans leur village, loin de tout service médicalisé. Elles meurent en raison d'un triple retard : retard à la prise de conscience de la pathologie du travail d'accouchement, donc à la décision d'évacuation, et de fait la matrone n'y est pas assez compétente ; retard ensuite à l'organisation du transfert car il faut trouver le véhicule approprié et l'agent nécessaire pour le financer, sinon le trajet en charrette se prolongera parfois plus d'un jour ; retard enfin à franchir la porte du centre obstétrical spécialisé, car pour y pénétrer il faut encore payer, tout comme il faut, par endroits, acheter aux sages femmes l'ocytocine qui aurait heureusement hâté l'issue trop lente d'un accouchement inutilement différé.

### **L'organisation des soins obstétricaux**

Idéalement les cartes sanitaires devraient comprendre une Maternité de référence par district, avec des chirurgiens, donc des anesthésistes, des salles d'opération, des appareils de stérilisation donc de l'eau, l'électricité et des réfrigérateurs pour assurer



la chaîne du froid, une réserve de sang correctement testé, et pour accéder à ces centres, des véhicules motorisés, des voitures de marché, des taxis brousse ou même des motocyclettes [33], donc des routes carrossables même pendant la saison des pluies, ou encore une voie d'eau aménagée facilement navigable. Mais, enracinés dans les grands centres urbains, de préférence les capitales, les rares spécialistes qualifiés se refusent à exercer en brousse, dans les zones rurales. Qui peut donc intervenir quand manquent les médecins ? [34] En ville, les généralistes, en brousse les infirmiers. Partout déjà exercent, faute de spécialistes, les infirmiers anesthésistes. La pratique commence à se répandre, pour les césariennes, les extractions instrumentales, de faire opérer les infirmiers de brousse ou les officiers de santé spécifiquement formés [35]. Les premiers bilans, dressés dans les zones de conflit de guerres civiles, ne révèlent pas pour l'instant un surcroît de complications opératoires ni post opératoires immédiates.

### **Les stratégies non médicales de prise en charge obstétricale**

Les pistes de l'espoir ne se résument pas aux mesures médicales. Maladie de la pauvreté, la mortalité maternelle se traite aussi par l'économie solidaire. En Mauritanie, dans le district de Nouakchott, a été créé un « forfait obstétrical », qui, en pré-finançant les professionnels de la naissance, donne accès à toutes les femmes enceintes, et à tout moment, aux soins obstétricaux d'urgence, notamment à la césarienne si nécessaire [36]. Les fonds sont alimentés par une mutualisation des risques : toutes les femmes enceintes y cotisent pour une contribution individuellement modeste, éventuellement subventionnée pour les indigentes. La mortalité maternelle a été significativement réduite par rapport aux femmes enceintes restées en dehors de la mutualisation. Le principe s'en étend désormais en Mauritanie à l'ensemble du pays, et il devrait faire référence. Il a été adopté, avec le « chèque santé » au Sénégal et au Cameroun.

### **Le rôle des Agences internationales et des ONG**

Solidarité nationale, mais aussi internationale, les agences des Nations Unies, l'OMS, le Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations, UNFPA, les Organisations Non Gouvernementales, ONG, telle la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique, la FIGO, ont développé des programmes précis de lutte contre les hémorragies de la délivrance [37], en multipliant les formations de prise en charge médicale et chirurgicale, en distribuant des kits d'accouchement contenant des analogues de prostaglandines, le misoprotol, puissants ocytotiques qui corrigent les inerties utérines.

### **Les Fondations caritatives**

Les Agences Internationales n'y suffiront pas, les besoins sont immenses, les moyens limités, y compris les moyens de l'OMS. Les États où sévissent ces fléaux de santé

sont pauvres. La fonte des ressources humaines, la mort, la maladie ou le handicap pesant sur les forces les plus jeunes de la production économique ou domestique, agissant en cercle vicieux, aggravent encore la récession, donc la pauvreté, donc la maladie. La bonne volonté des investisseurs se heurte quelquefois, pour la santé des femmes et des enfants comme pour d'autres champs d'intervention, à la corruption, à la contrebande ou la contrefaçon de médicaments pourtant d'importance vitale. La coopération décentralisée, sans intermédiaire inutile chaque fois qu'elle est possible, s'est inscrite dans le catéchisme des grandes Fondations caritatives [38], telle la fondation de Bill et Melinda Gates, de Warren Buffet, de Hewlett Packard, de Ford, etc. Elles irriguent généreusement de leurs fonds les programmes humanitaires de Maternité sans Risque et les programmes de promotion de la santé des femmes et des enfants.

### **Le rôle des États les plus favorisés**

Des États du G8 (G20) on espère une meilleure transparence, un usage plus rationnel de l'Aide au Développement, on attend qu'ils respectent leur engagement d'y contribuer à hauteur de 0,7 % de leur PIB. Faute de quoi il manquera au moins vingt-deux milliards de US\$ pour atteindre les objectifs OMS du millénaire de 2015, pour réduire de façon significative la mortalité maternelle et infantile des pays en développement, autant de morts, d'invalidités, de vies gâchées, pour des femmes et des enfants restés trop pauvres, restés trop loin, pour jouir encore de la plénitude de leurs droits [39].

### **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] UNFPA : État de la Population Mondiale en 2010. <http://www.unfpa.org>
- [2] MILLIEZ J. — Rights to safe motherhood and newborn health. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2009, 106, 110-11.
- [3] SACHS J.D., MCARTHUR J.W. — The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals, *Lancet*, 2005, 365, 347-53.
- [4] TITA A.T.N., STRINGER J.S.A., GOLDENBERG R.L. *et al.* — Two decades of the safe motherhood initiative. *Obstet. Gynecol.*, 2007, 110, 972-6.
- [5] BA M., KODIO B., ETARD J.F. — Application de l'autopsie verbale dans la mesure de la mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2003, 32, 728-35.
- [6] ANDERSON F.W.J., MUTCHNICK I., KWAWUKUME E.Y. *et al.* — Who will be there when women deliver? *Obstet. Gynecol.*, 2007, 110, 1012-6.
- [7] BOUVIER-COLLE M.E. *et al.* — Dossier MOMA (Mortalité Maternelle en Afrique). *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2002, 31, 40-107.
- [8] SEROUR G.I. — Health care workers and the brain drain. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2009, 106, 175-8.

- [9] DUMONT A., DE BERNIS L., BOUVIER-COLLE M.H., BRÉART G. et Le groupe MOMA — Estimation du taux attendu de césariennes pour indications maternelles. *J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod.*, 2002, 31, 107-12.
- [10] OKONOFUA F. — Optimizing caesarian section rates in West Africa. *Lancet*, 2001, 358, 1289.
- [11] RONSMANS C., DE BROUWERE V., DUBOURG D., DIELTIENS G. — Measuring the need for life-saving obstetric surgery in developing countries, *BJOG*, 2004, 111, 1027-30.
- [12] World Health Organization — Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality. 4th Ed. Geneva WHO, 2004.
- [13] DABIS F., EKPINI R. — HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet*, 2002, 359, 2097-104.
- [14] NELSON K.E., CELENTANO D.D., EIUMTRAKOL S. *et al.* — Changes in sexual behaviour and decline in HIV infection among young men in Thailand. *N. Engl. J. Med.*, 1996, 5, 297-303.
- [15] VAN DILLEN J., MEGUID T., VAN ROOSMALEN J. — Maternal mortality audit in a hospital in Northern Namibia: the impact of HIV/AIDS. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2006, 85, 499-500.
- [16] Perinatal HIV Intervention Research in Developing Countries Workshop Participants, Consensus statement. Science, ethics and the future of research into maternal infant transmission of HIV-1, *Lancet*, 1999, 353, 832-5.
- [17] NEWELL M.L., COOVADIA H., CORTONI-BORJA M., ROLLINS N., DABIS F. — For the Ghent International AIDS Society working group on HIV infection in women and children. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364, 1236-43.
- [18] LAWN J.E., COUNSENS S., BUTTA Z. *et al.* — Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet*, 2004, 364, 399-400.
- [19] MEEGAN M.E., CONROY R.M., LENGENY S.O. *et al.* — Effect on neonatal tetanus mortality after a culturally-based health promotion programme. *Lancet*, 2001, 358, 640-1.
- [20] GUYATT H., OCHOLA S. — Use of bed nets given free to pregnant women in Kenya. *Lancet*, 2003, 362, 1549-52.
- [21] The World Bank Safe Motherhood and the World Bank: The International Bank for Reconstruction and Development, Washington DC, USA, 1999.
- [22] WALKER N., GRASSLY N.C., GARNETT G.P. *et al.* — Estimation of the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *Lancet*, 2004, 363, 2180-85.
- [23] MARCUS E.N. — The silent epidemic- The health effects of illiteracy. *N. Engl. J. Med.*, 2006, 355, 339-41.
- [24] Prevention and treatment of obstetric fistula: *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2007, 99, Supplement n° 1.
- [25] UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, disponible depuis le 28 décembre 2008 sur : <http://unesco.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>
- [26] ATTANÉ I. — Une Chine sans femme ? Perrin, Paris, 2005.
- [27] MILLIEZ J. — The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Violence against women. *Int. J. Obstet. Gynecol.*, 2008, 102, 95-6.
- [28] MIRANDA J.J., YAMIN A.E. — Reproductive health without rights in Peru. *Lancet*, 2004, 363, 68-9.
- [29] MILLIEZ J. — Cervical cancer prevention and the Millennium Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 66, 491.
- [30] Académie Nationale de Médecine — Les mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2004, 188, n° 6.

- [31] JOKHIO A.H., WINTER H.R., CHENG K.K. — An intervention involving Traditional Birth Attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *N. Engl. J. Med.*, 2005, 352, 2091-9.
- [32] GRAHAM W.J. *et al.* — The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 2004, 363, 23-7.
- [33] HOFMAN J.J., DZIMADZI C., LUNGU K. *et al.* — Motorcycle ambulances for referral of obstetric emergencies in rural Malawi: do they reduce death and what do they cost? *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2008, 102, 191-7.
- [34] BERGSTRÖM S. — Who will do the caesarean sections when there is no doctor? *BJOG*, 2005, 112, 1168-9.
- [35] FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee Human resources for health in the low-resource world: Collaborative practice and task shifting in maternal and neonatal care. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2009, 105, 74-6.
- [36] RENAUDIN P., PRUAL A. *et al.* — Ensuring financial access to emergency obstetric care: three years of experience with Obstetric Risk Insurance in Nouakchott, Mauritania. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2007, 99, 183-90.
- [37] Postpartum haemorrhage. The leading global cause of maternal mortality. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2006, 94, supplement 2.
- [38] OKIE S. — Global Health. The Gates-Buffer effect. *Lancet*, 2006, 355, 1094-8.
- [39] GERMAIN A. — Reproductive health and human rights, *Lancet*, 2004, 363.