

**Titre:****VIOLENCE STRUCTURELLE ET MORTALITE MATERNELLE****Auteurs:**

María Casilda VELASCO JUEZ, Montserrat SOLSONA I PAIRO et Viviane BURGUNDER

**Séance 1251**

Violence structurelle et genre

**RÉSUMÉ**

Dans cette présentation, nous allons considérer des éléments de la **violence structurelle** qui peuvent avoir un rapport avec la mortalité maternelle, comme l'accès aux soins (planification familiale, consultation prénatale, prise en charge de l'accouchement par personnel qualifié), l'accès aux ressources matérielles et intellectuelles (éducation, revenus, nutrition) et la capacité de décision des femmes (en ce qui concerne la nuptialité et la fécondité). On va montrer comment ces éléments sont présents dans la mortalité maternelle dans les pays de l'Afrique Occidentale où il y a des taux très élevés, en particulier les cas du Mali, du Burkina Faso et du Niger. Pour cela, nous utiliserons les données disponibles des Enquêtes Démographiques et de la Santé les plus récentes du Mali (2006), du Burkina Faso (2003, 2010) et du Niger (2006); et des études sur la mortalité maternelle à l'échelle internationale.

**CONCEPTUALISATION : VIOLENCE STRUCTURELLE OU VIOLENCE INDIRECTE**

On parle généralement de la violence pour se référer à des situations de «violence directe» contre des personnes, tels que la guerre, ou la violence contre les femmes dans un sens concret de violence personnelle directe exercée à la maison, le plus souvent par leurs partenaires. Mais il y a aussi la «violence indirecte» qui est moins visible et qui peut être une source de nouvelles violences affectant des millions de femmes et de filles dans le monde entier (Martínez Román, 2005).

Le chercheur norvégien Galtung appelle ce type de violence indirecte, «violence structurelle». L'auteur considère cette violence comme un concept plus large, au-delà de la simple violence physique. Il croit que «la violence est présente lorsque les êtres humains sont influencés de telle sorte que leurs relations effectives, somatiques et mentales, sont au dessous de leurs réalisations potentielles", de sorte que «lorsque la potentialité est plus grande que l'effectivité, et ceci est évitable, il y a de la violence". Les gens qui n'ont pas le pouvoir de décider sur la répartition des ressources existantes n'ont pas les moyens nécessaires de développer leurs potentialités dans la vie, n'ont pas les mêmes chances et sont dans une situation d'inégalité qu'on pourrait appeler « injustice sociale » ou « violence structurelle » (Galtung, 1995).

Cette vision de la violence structurelle peut s'appliquer à la discrimination contre les femmes, un cas de violence indirecte, qui apparaît lorsque les structures sociales, économiques, culturelles et politiques favorisent une discrimination et une hiérarchie du pouvoir qui contribueront au maintien de ces situations de discrimination et d'inégalité envers les femmes fondée sur le sexe, la classe sociale, la race, etc. Nous voyons la pauvreté comme une manifestation de la violence

structurelle puisqu'elle est présente dans un groupe social particulier, des femmes, en milieu rural, peu instruites ou illettrées.

La violence structurelle est présente quand il n'y a pas un émetteur ou une personne concrète qui réalise l'acte de violence. La violence structurelle provient de la structure sociale. C'est un type de violence présente dans l'injustice sociale et dans d'autres circonstances qui entraînent deux faits importants. D'une part, un grand nombre de besoins de base de la population ne sont pas satisfaits et d'autre part, si on avait une autre organisation ou un autre fonctionnement de la société, ce serait plus facile.

Nous pouvons considérer des cas de violence structurelle où le système cause la famine, la misère, la maladie et même la mort à la population. Il s'agit des Etats qui n'apportent pas les moyens pour satisfaire les besoins de base de la population. Ce type de violence peut atteindre les femmes, les enfants ainsi que les hommes. Maintenir une femme dans l'ignorance peut provoquer des décès prématurés indirects, tel est le cas de la mortalité maternelle qui est généralement évitable.

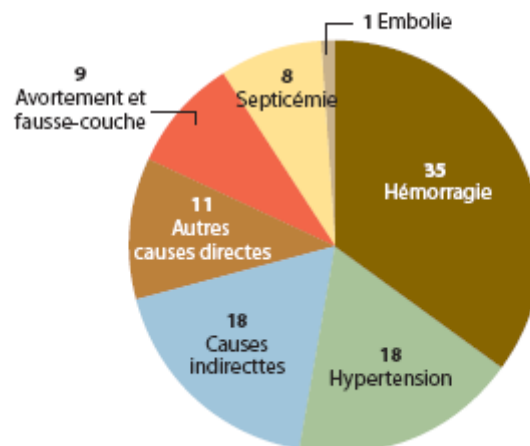
### **MORTALITE MATERNELLE : CAUSES MÉDICALES, FACTEURS SOCIAUX**

La mortalité maternelle est "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". (Nations Unies, 2010)

GRAPHIQUE 1  
MORTALITE MATERNELLE

## La plupart des décès maternels pourraient être évités

Causes de la mortalité maternelle, régions en développement, 1997/2007 (Pourcentage)



**Source** : Nations-Unies. Objectifs du millénaire pour le développement 2010.

Les principales causes médicales de mortalité maternelle dans les pays en développement reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé (Nations Unies, 2010) sont :

- Hémorragie grave (anémie) (35%).
- Hypertension (éclampsie) (18%).
- Avortement (9%).
- Infection (8%).
- Causes indirectes: anémie, malaria (18%).
- Autres causes directes (difficultés pendant l'accouchement, accouchement ectopique, etc.) (11%)

Ces causes sont étroitement liées aux facteurs suivants :

- Prise en charge obstétricale des femmes pendant la grossesse et l'accouchement
- Mauvais contrôle de la grossesse
- Accouchement par personnel non qualifié
- Manque de personnel
- Manque de services obstétricaux d'urgence (SOU)
- Avortement dans des conditions de risque

Mais nous croyons que nous devons regarder au-delà de la prise en charge, ou du manque de personnel qualifié, qui est lié aux ressources allouées par les gouvernements. Pourtant, il y a peu de pays tels que le Honduras qui, ayant peu de ressources, ont de meilleurs indicateurs de santé. Le taux de mortalité maternelle était de 182 pour 100000 naissances vivantes en 1992, de 108 en 1997 et de 119 en 2000, ayant pour objectif atteindre une mortalité maternelle de 46 en 2015 (Sistema de las Naciones Unidas Honduras, 2010). Le cas de Cuba qui a un faible Produit Intérieur Brut et un faible Indice de développement humain (étant donné le poids du PIB dans le calcul de l'IDH) a de meilleurs indicateurs de santé, à cause de la provision publique des services de santé et le vaste accès aux ressources intellectuelles (à l'éducation). La mortalité maternelle était de 137,8 par 100000 en 1950-59 et de 21,2 en 2004 (Cabezas Cruz, 2006)

Nous nous demandons pourquoi les femmes ont cette charge, s'il s'agit uniquement d'un manque de ressources, ou bien si c'est pour d'autres raisons que les femmes n'ont pas d'accès à ces services (et que cet accès entraîne des résultats efficaces). Dans de nombreux cas, il se peut qu'il y ait du personnel, mais que l'accueil ne soit pas approprié ou ne soit pas adapté aux besoins des femmes.

**Premièrement**, un pays doit avoir des services, et pour cela il faut investir. Ces services n'existent pas parce qu'il n'y a pas d'investissement dans le secteur sanitaire, ou parce qu'on investit dans d'autres secteurs, ou parce qu'on n'investit pas en faveur des femmes. L'infrastructure existante dans un pays n'est pas adaptée aux besoins quand il n'y a pas suffisamment de services de soins obstétricaux, quand les services de santé sont mauvais, quand il n'y a pas de personnel suffisant, quand le personnel qualifié est inexistant, quand il n'y a pas de services obstétricaux d'urgence, quand des services de planification familiale manquent.

**Deuxièmement**, l'accueil que les professionnels de ces services de santé fournissent aux femmes qui viennent à eux n'est pas non plus adéquat, soit par manque de formation, soit par manque

d'incitations économiques, mais surtout par manque de perspective de la santé des femmes du point de vue des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, à travers toute la vie reproductive ou pas, c'est-à-dire depuis le berceau jusqu'à la tombe.

**Troisièmement**, on reconnaît trois différents retards dans l'accès aux services de santé. Il s'agit d'un retard de nature géographique, un autre de nature économique et puis un retard concernant le pouvoir de décisions des femmes.

Les problèmes d'accès géographiques sont dus aux mauvaises routes, au manque de ressources, au manque de moyens de transport ou au coût élevé des transports quand il y en a. Cette difficulté géographique est perçue surtout par les femmes vivant dans les zones rurales.

L'accès économique est celui qui nous indignent le plus, parce que même les ONG travaillant dans le terrain préconisent le co-paiement, quand en Espagne on ne l'accepterait pas. Les femmes n'ont pas toutes une indépendance économique et quand elles ont des revenus, dans de nombreux cas, elles ne peuvent pas décider comment dépenser cet argent. Au Maroc, par exemple, le gouvernement investit 1,3% du PIB en santé et le secteur privé investit deux fois plus que l'Etat. Par conséquent, plus l'apport du secteur privé est élevé, plus il y a des pauvres n'ayant pas d'accès aux services de santé.

Le troisième retard est celui du pouvoir de décision des femmes. Même dans le cas où on aurait pu surmonter les deux premiers retards, le plus souvent les femmes n'arriveraient pas à temps aux services de santé parce que ce ne sont pas elles qui prennent la décision. Au Mali, seulement 12% des femmes prennent habituellement elles seules les décisions concernant leurs propres soins de santé. (EDS 2006)

**Quatrièmement**, l'inégalité de l'accès aux ressources (alimentation, éducation, ...) entre les hommes et les femmes est un autre facteur structurel du *système patriarcal* dans ces pays.

Dans de nombreux pays, les femmes ne peuvent pas décider quand se marier, ou avec qui se marier, ou à quel moment devenir enceinte. C'est ainsi que les grossesses non désirées, forcées et précoces apparaissent, avec plus de risques pour la santé et pour la vie des femmes. En outre, différentes études réalisées dans plusieurs pays démontrent que la femme travaille davantage que l'homme (PNUD, 1995). Dans les pays les plus pauvres et dans les zones rurales, les différences entre les hommes et les femmes sont encore plus grandes. Cette surcharge de travail des femmes affecte leur santé, avec en outre une plus mauvaise nutrition que celle des hommes depuis l'enfance.

Ces situations nous rappellent les problèmes de la violence structurelle, lorsque nous nous demandons si la présence de ces problèmes est la même dans tous les pays. Est-ce parce que le pays est pauvre? Toutes les femmes sont-elles dans la même situation? Absolument pas. Il est clair que l'incidence de la classe sociale est évidente. Même dans les pays occidentaux où la mortalité maternelle est très faible, comme dans le cas du Royaume-Uni, la relation entre les plus pauvres et les plus riches est de 100 à 1 (Lewis et Drife, 2001).

Les inégalités selon le sexe, la race et la classe sont ajoutées ensemble et se renforcent mutuellement. Par exemple, aux États-Unis, les femmes pauvres, noires et obèses sont celles qui ont deux fois plus de césariennes et la mortalité maternelle plus élevée.

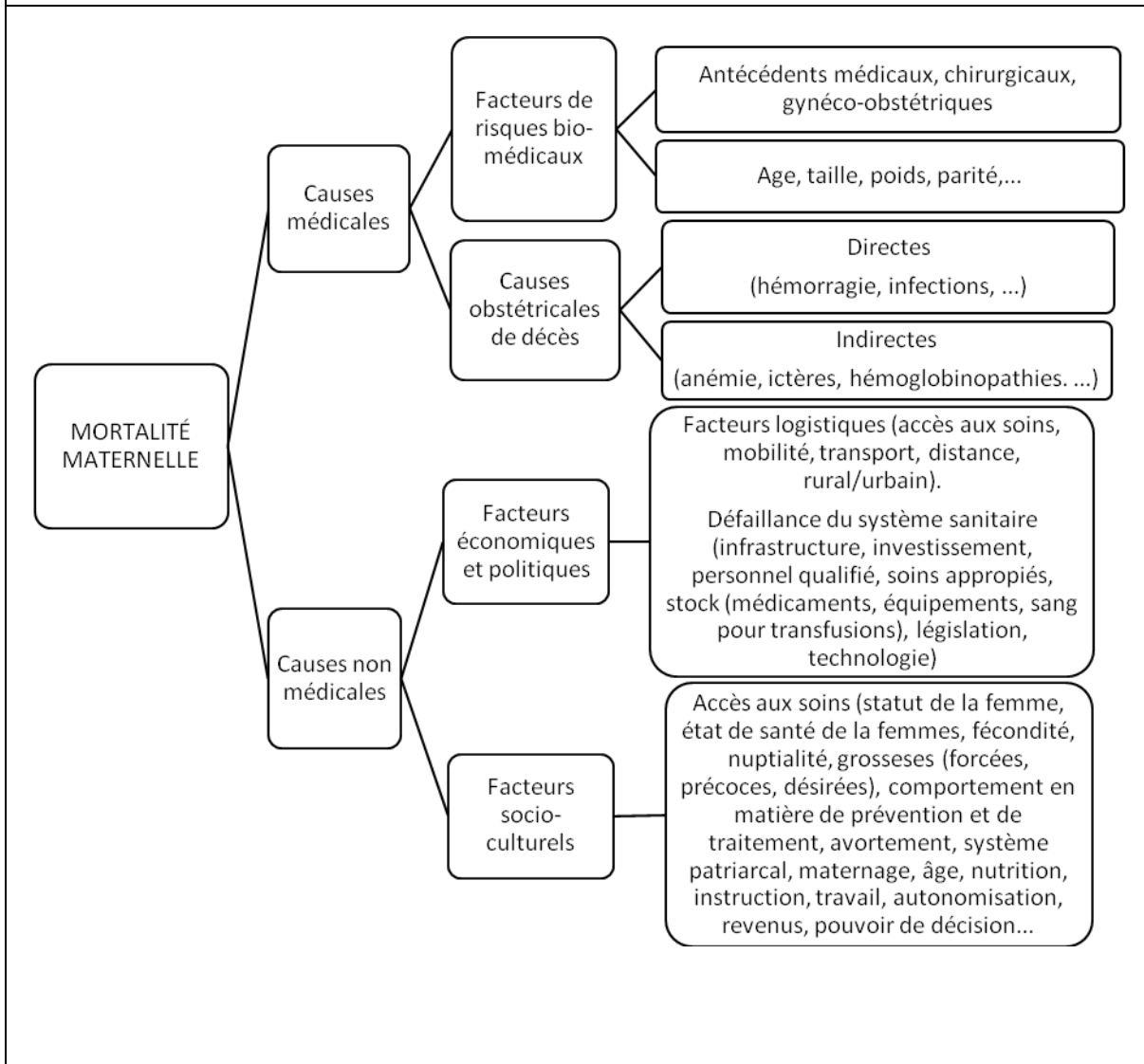
<b>TABLEAU 1 CADRE THÉORIQUE</b>			
Eléments de violence structurelle	Problèmes	Prise en charge obstétricale Insuffisante: <b>Faible investissement sanitaire et manque d'engagement politique</b>	VARIBALES DÉPENDANTES Causes médicales de mortalité maternelle
<b>SERVICES DE SANTÉ ET INFRASTRUCTURE</b>  Manque d'investissement en service obstétrical de qualité.  Bas investissement des gouvernements dans les services de soins de santé de base adressés aux femmes.  Bas investissements dans des structures en milieu rural : route, électricité, eau.  <b>CLASSE SOCIALE</b> Différences économiques et sociales.  <b>GENRE</b> La femme ne peut pas prendre des décisions. Analphabétisme des femmes. Différence entre le travail de la femme et de l'homme. Différente alimentation des hommes et des femmes. Mariage forcé. Pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes. Accès à l'éducation. Pouvoir d'achat.	Trois retards de l'accès aux services de santé :  Sortir de chez soi, de chez soi au centre sanitaire, arriver au centre sanitaire  Pouvoir de décisions des femmes économique, géographique,  Accueil du personnel  Mauvaise alimentation  Travail excessif des femmes  Grossesse non désirée Grossesses forcées et précoces	Mauvais control de la grossesse  Accouchement par personnel non qualifié  Manque de personnel  Manque de services obstétricaux d'urgence (SOU)	Hémorragie grave (35%) (Anémie)
		Mauvais contrôle de la grossesse Accouchement par personnel non qualifié	
		Législation non favorable à l'avortement  Avortement dans des conditions de risques	Avortement (9%)
		Mauvais contrôle prénatale	
		Mauvais contrôle de la grossesse Accouchement par personnel non qualifié	Infection (8%) (Septicémie)
		Mauvais contrôle de la grossesse  Accouchement par personnel non qualifié  Manque de services obstétricaux d'urgences	

Source : Élaboration propre. Source des données : Nations Unies, 2010.

Nous venons donc de voir que les raisons pour lesquelles une femme meurt pendant la grossesse, l'accouchement ou pendant la période post-partum sont nombreuses. Nous pouvons les résumer dans le tableau 1 et le schéma 1.

## SCHÉMA 1

### VIOLENCE STRUCTURELLE ET MORTALITÉ MATERNELLE



Source: Élaboration propre

On reconnaît une forte influence de la violence structurelle aussi bien transitée par les facteurs socio-économiques que par les facteurs biomédicaux dans la santé sexuelle et reproductive de la femme et par conséquent dans la mortalité maternelle.

### VIOLENCE STRUCTURELLE ET MORTALITÉ MATERNELLE AU MALI, AU BURKINA FASO ET AU NIGER

#### ***La mortalité maternelle la plus élevée du monde***

Plusieurs études sur la mortalité maternelle dans le monde (Hogan et al., 2010 et WHO, 2010) situent le Mali, le Burkina Faso et le Niger parmi les pires positions du classement International. Le Burkina Faso occupe une position meilleur à celle du Niger, le Mali se trouvant dans une situation intermédiaire, ou à la queue selon la source et la forme de calculer l'indicateur. Quoi qu'il en soit, la situation est alarmante. De plus, selon la source consultée, la mortalité maternelle est

différente. Les données ne sont donc pas de bonnes qualités et sont peut-être le reflet qu'on accorde peu d'importance à cet indicateur.

Il en est de même pour l'indice de risque reproductif estimé par Population Action International (PAI, 2009), basé sur dix indicateurs. Cet indice inclut la mortalité maternelle, ainsi que d'autres dimensions de la santé sexuelle et reproductive à l'échelle macro (telle que la législation en matière d'avortement, très restrictive dans les trois pays), d'autres qui ont une relation avec la capacité de décisions des femmes en matière de nuptialité et de fécondité (nuptialité et fécondité précoces élevées et faible prévalence de la contraception), et d'autres indicateurs sur l'état de santé de la population (incidence du VIH et mortalité infantile) qui ne sont pas du tout indépendants des niveaux de la morbidité et de la mortalité maternelle.

<b>TABLEAU 2</b>			
<b>TAUX DE MORTALITE MATERNELLE (POUR 100000 NAISSANCES VIVANTES)</b>			
Pays	Burkina Faso	Niger	Mali
EDS	...	EDS 2006 648 (9 ans précédents)	EDS 2006 464 (6 ans précédents)
PAI, 2009	700	1800	970
WHO, 2010	330-950	470-1400	520-1400
WHO, 2010 (Estimations interagences)	390-1000	840-2900	620-1300
Hogan et al., 2010 (Pour 2008)	332 (208–522)	601 (373–927)	670 (422–1017)

D'autre part, l'indicateur sur l'état des mères, estimé pour 42 pays de niveau moins développés par Save the Children (2011) situe également les trois pays dans une très mauvaise position : le Burkina 28, le Mali 35 et le Niger 41. Cet indicateur est intéressant, puisqu'il inclut non seulement la santé des femmes, considérant en premier lieu le risque de mortalité maternelle, mais aussi l'accès aux services de santé (personnel qualifié pendant l'accouchement, la contraception et l'espérance de vie des femmes). Il tient compte aussi la dimension éducative (années de scolarisation formelle féminine), le statut socio-économique (y inclus deux indicateurs intéressants: le pourcentage de revenus estimés féminins face aux revenus masculins, les bénéfices du congé maternité) ainsi que la participation des femmes dans le Gouvernement national.

### ***Riches et pauvres, accès différentiel à la nutrition, à la santé et aux soins***

Pourtant, dans ces trois pays, il existe des différences selon les principaux groupes sociaux, que nous le voyons à travers l'éducation ou le niveau de revenu. En outre, le lieu de résidence est encore une expression de l'inégalité sociale. Les milieux rural et urbain représentent deux catégories qui résument l'inégalité dans l'accès des femmes aux ressources, à la fois matérielles et intellectuelles. Autrement dit, ces indicateurs de la mortalité maternelle masquent de grandes disparités entre les femmes de chacun de ces pays par rapport aux différents éléments de la violence structurelle liés à la mortalité maternelle. Dans le tableau 3, les différences entre les

femmes plus aisées et les femmes pauvres dans l'accès aux soins prénatals et la prise en charge de l'accouchement par les professionnels sont évidentes. Il est vrai que cette inégalité est particulièrement aigue dans le cas du Mali qui enregistre la plus forte mortalité maternelle, mais l'ampleur de la disparité au Burkina Faso et au Niger fait appel à nouveau à la violence structurelle.

<b>TABLEAU 3</b>				
<b>Indicateurs obstétricaux en fonction du revenu, du niveau d'instruction et du lieu de résidence par pays (en pourcentage).</b>				
Pays		Burkina Faso	Niger	Mali
Soins prénatals. Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête consultée par médecin, infirmière et sage-femme durant la grossesse pour la naissance la plus récente (Burkina Faso 2003, Niger et Mali 2006)	Les plus pauvres	57,1	35,7	19,3
	Les plus riches	96,3	82,6	79,7
	Aucune instruction	69,5	41,6	31,9
	Primaire	83,7	69,4	57,0
	Secondaire et plus	99,9	94,2	82,4
	Résidence rurale	69	38,5	23,1
	Résidence urbaine	98 (Ouaga)	92,3 (Niamey)	88,8 (Bamako)
	Soins prénatals, aucune visite	Les plus pauvres	80,8	...
Les plus riches		48,3	...	56,9
Aucune instruction		75,6	81,9	72,4
Primaire		66,4	71,1	69,7
Secondaire et plus		...	74,3	58,6
Résidence rurale		74,7	81,5	73,1
Résidence urbaine		53,3	72,9 (Niamey)	50,6 (Bamako)
ENSEMBLE		74,1	81	72,2
Accouchement par personnel qualifié (Médecin, infirmière et Sage-femme)		Les plus pauvres	38,8	5,0
	Les plus riches	90,8	58,8	75,3
	Aucune instruction	51,2	13,1	21,5
	Primaire	70,4	39,4	49,2
	Secondaire et plus	98,6	80,5	78,4
	Résidence rurale	51,4	8,3	12,1
	Résidence urbaine	96,9 (Ouaga)	73,4 (Niamey)	85,8 (Bamako)

Source : EDS

En ce qui concerne les soins préventifs des femmes pendant la grossesse, des principaux problèmes de santé nous mettent face à face de nouveau aux différences entre les femmes en fonction du niveau d'instruction et du lieu de résidence. Le traitement préventif du paludisme



pendant la grossesse est beaucoup plus fréquent chez les femmes résidant dans les capitales que chez les femmes qui résident ailleurs. Au Burkina Faso, les femmes d’Ouaga ont reçu 92,7%, tandis qu’en milieu rural, ceci n’a été le cas que pour 59,6% des femmes. Pour les femmes sans instruction, ce pourcentage est de 59,6, tandis que les femmes qui ont une instruction de secondaire ou plus, c’est 93,8%. Dans les trois pays, les différences sont similaires. Bien que dans l’ensemble, c’est au Niger où le nombre de femmes qui ont reçu un traitement antipaludéen pendant la grossesse est inférieur, avec 47,63% contre 64% au Burkina.

<b>TABLEAU 4</b>				
<b>Traitement préventif des femmes enceintes (en pourcentage)</b>				
Pays		<b>Burkina Faso</b>	<b>Niger</b>	<b>Mali</b>
Traitement préventif du paludisme chez les femmes enceintes	Les plus pauvres	48,5	38,2	52,5
	Les plus riches	89,9	76,9	82,4
	Aucune instruction	59,6	43,3	56
	Primaire	75,5	68,7	70,6
	Secondaire et plus	93,8	90,1	85,5
	Résidence rural	59,6	41,4	53
	Résidence urbaine	92,7 (Ouaga)	81,6 (Niamey)	81 (Bamako)
	ENSEMBLE	64	47,3	59,1
	Prise de fer pendant la grossesse, aucun jour	Les plus pauvres		63,5
Les plus riches			26,6	21,8
Aucune instruction			58,2	41,8
Primaire			35,5	23,7
Secondaire et plus			16,6	14,2
Résidence rural			59,8	43,7
Résidence urbaine			20,7 (Niamey)	20,4 (Bamako)
ENSEMBLE			54,6	38,4
Prise de fer pendant la grossesse, + de 90 jours		Les plus pauvres		11,1
	Les plus riches		26,7	28,3
	Aucune instruction		12,2	16,2
	Primaire		23,1	26,5
	Secondaire et plus		33,7	33,8
	Résidence rural		11,8	14,9
	Résidence urbaine		22,5 (Niamey)	27,9 (Bamako)
	ENSEMBLE		14	18,2

Source : EDS

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influence aussi la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné, à la fois, par la balance énergétique, leur état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de mortalité, et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'il permet d'identifier des groupes à haut risque.

Dans le tableau 4, nous pouvons voir le pourcentage de femmes qui n'ont pas reçu de fer pendant la grossesse et là encore, nous trouvons les mêmes différences en fonction du lieu de résidence et du niveau d'instruction ainsi comme du niveau de pauvreté. Pour le Burkina, nous ne disposons pas de données de prise de fer pendant la grossesse, mais 68% des femmes enceintes sont anémiées, 52,5% des femmes qui allaitent et 51,7% des femmes dans aucune des deux situations. Des femmes enceintes, 30,6% ont une anémie légère (entre 10 et 10,9 gr/dl d'hémoglobine), 35,4% ont une anémie modérée (7,0- 9,9 gr/dl) et 2,3% une anémie sévère (moins de 7 gr/dl).

### ***L'autonomisation des femmes n'est pas quelque chose d'abstrait***

Les différences selon les groupes sociaux dans le degré d'autonomisation des femmes sont extraordinaires. Le mariage précoce (largement contraint soit par la norme culturelle qui tombe un voile sur toutes les femmes, soit par l'exigence de leur propre famille), les grossesses non désirées à l'adolescence ou encore les grossesses à intervalles inter-générationnelles trop courts (comme résultat d'une faible prévalence contraceptive, choisie personnellement, imposée par quelqu'un ou obligée par la géographie et l'économie), reflètent clairement un sérieux manque de prise de pouvoir des femmes en ce qui concerne la décision d'avoir ou pas d'enfants, d'en avoir combien et quand.

Alors que le niveau de fécondité chez les femmes âgées est très élevé dans les trois pays, le manque d'autonomie des femmes est clairement le résultat du manque d'accès aux ressources intellectuelles (éducation), plus encore que les ressources économiques. Les différences en termes de milieu urbain ou rural sont très grandes, et il est clair que les changements de comportement commencent dans les villes qui sont considérées comme pionnières, et dans ce sens, il est frappant de constater l'avantage de Bamako par rapport à Niamey, mais les niveaux d'enseignement expliquent mieux les différences.

Le thème de la fécondité des adolescentes mérite un commentaire spécial (voir tableau 5). Au Mali, au moment de l'Enquête de Santé de 2006, plus d'un tiers des adolescentes (36 %) ont déjà commencé leur vie féconde: environ 30 % ont déjà eu, au moins, un enfant et environ 5% sont enceintes d'un premier enfant. Entre 2001 et 2006, la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde a légèrement diminué, passant de 40 % à 36 %. Quant à la fécondité des adolescentes au Niger, les pourcentages de femmes enceintes d'un premier enfant par quintile de bien-être sont pour les plus pauvres 4,3 %, le second 8,9, le moyen 7,2, le quatrième 9,6 et les plus riches 3,2. Cette distribution sous forme de U suscite bien des réflexions.

<b>TABEAU 5</b>							
<b>Indicateurs de fécondité et des variables intermédiaires de la fécondité (nuptialité, contraception) en fonction des revenus, du niveau d'instruction et du lieu de résidence par pays (données disponibles).</b>							
Pays		Burkina Faso		Niger		Mali	
<b>Utilisation actuelle de la contraception</b> Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, n'importe quelle méthode. <sup>1</sup> EDS 2010	Les plus pauvres	7,6		10,9		3,7	
	Les plus riches	32,4		20,9		19,1	
	Aucune instruction	10,6 (11,8) <sup>1</sup>		9,8		5,6	
	Primaire	18,5 (27,0) <sup>1</sup>		17,2		14,1	
	Secondaire et plus	52,0 (50,5) <sup>1</sup>		31,7		29,0	
	Résidence rurale	10,1 (11,3) <sup>1</sup>		9,1		5,1	
	Résidence urbaine	36,7 (37,6) <sup>1</sup>		27,7		19,6	
	<b>Indice Synthétique de Fécondité</b> (femmes âgées de 15-49 ans)	Les plus pauvres	7,1		8,0		7,6
	Les plus riches	3,9		6,2		4,9	
	Aucune instruction	6,7		7,3		7,0	
	Primaire	5,8		6,8		6,3	
	Secondaire et plus	2,8		4,6		3,8	
	Résidence rurale	6,9		7,4		7,2	
	Résidence urbaine	3,1 (Ouaga)		5,3 (Niamey)		4,8 (Bamako)	
<b>Fécondité des adolescentes</b> Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS Burkina Faso 2003 EDS Niger 2006 EDS Mali 2006		Mères	Enceintes du 1er Enf	Mère	Enceintes du 1er Enf	Mères	Enceintes du 1er Enf
	Les plus pauvres	19,9	6,0	35,4	4,3	31,0	5,8
	Les plus riches	9,0	3,2	20,8	3,2	19,7	3,4
	Aucune instruction	20,5	7,1	38,9	8,0	36,6	6,7
	Primaire	16,5	4,6	21,1	3,7	27,2	4,0
	Secondaire et plus	5,7	2,3	7,4	1,0	13,1	2,7
	Résidence rurale	21	6,8	37,5	7,9	35,2	6,7
	Résidence urbaine	3,6	2,7	12,7	1,6	20,8	3,5

Source: EDS

### **Indices synthétiques économiques et de genre**

À ce stade, il n'est pas étonnant de vérifier que l'accès aux ressources matérielles est aussi important que l'accès aux ressources intellectuelles. Les chiffres montrent d'énormes différences entre les femmes dans ces pays. Il est évident que, comme nous le verrons plus tard, l'inégalité n'est pas un monopole des pays en développement, mais l'ampleur de la tragédie sur les risques de morbidité et de mortalité chez les femmes est une autre question.

« Les désavantages que subissent les filles et les femmes constituent une source majeure d'inégalité. Trop souvent, elles souffrent de discrimination en matière de santé, d'éducation et sur le marché du travail – avec des répercussions négatives sur leurs libertés » (PNUD, 2010). Dans le tableau 6, nous présentons une mesure de ces inégalités. « L'inégalité de genre varie énormément d'un pays à l'autre, les déficits dus à l'inégalité de genre s'échelonnant de 17 à 85 pour cent. Les pays ayant une distribution inégale de développement humain souffrent également d'une inégalité élevée entre hommes et femmes, et les pays avec une haute inégalité entre les genres souffrent également d'une distribution inégale de développement humain». (PNUD, 2010)

<b>TABLEAU 6</b>				
<b>PIB, IDH, Indice d'inégalité de genre, Investissement en santé par pays.</b>				
Pays		<b>Burkina Faso</b>	<b>Niger</b>	<b>Mali</b>
PIB per capita	US \$	522	364	688
IDH	Calcul réalisé sur un total de 169 pays	161	167	160
Indice d'inégalité de genre (2008)	Calcul réalisé sur un total de 137 pays	...	136	135
Investissement dans les services de santé	Dépenses publiques en santé % PIB	3,3	2,2	2,9
	Privés en %	2,8	2,0	...
	Dépenses en santé per capita en USA&PPA	72	35	67

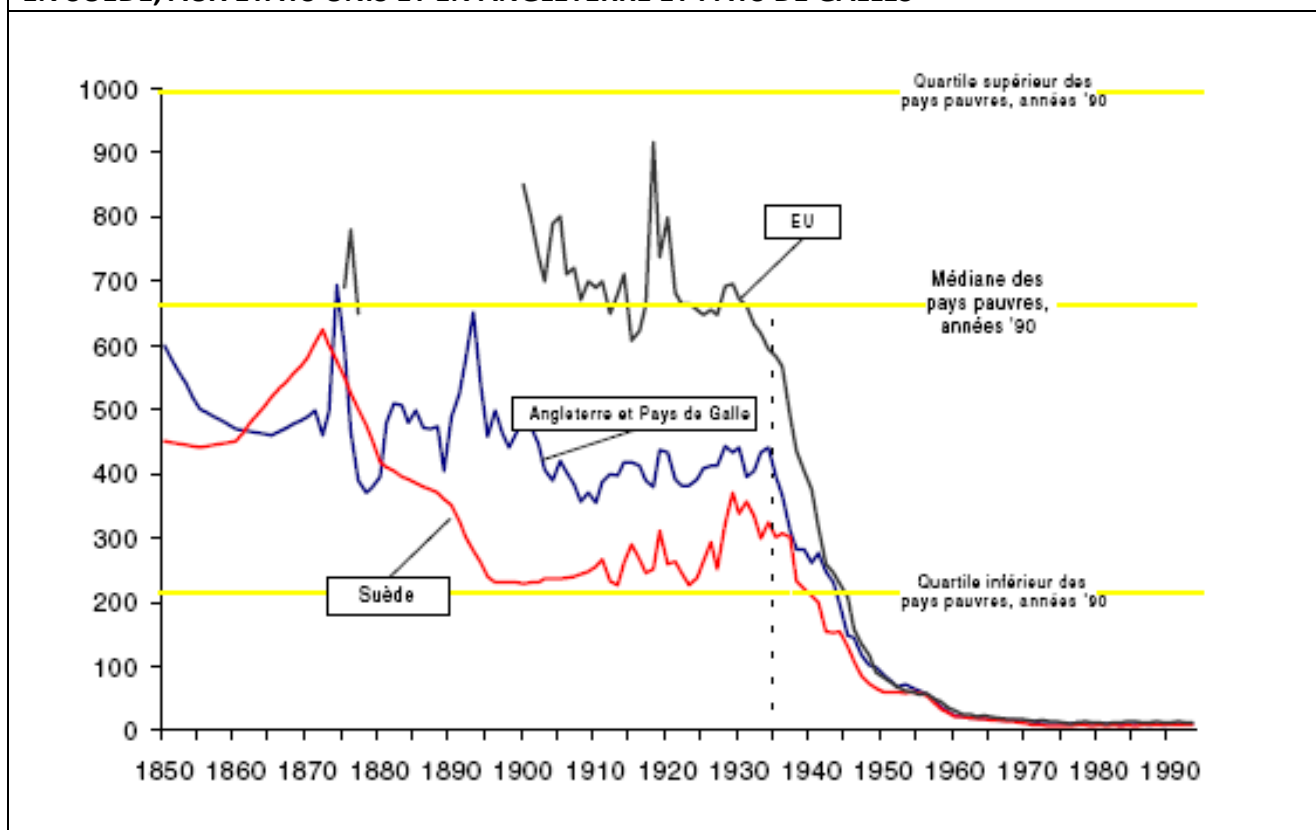
Source: PNUD. Indice de Développement Humain 2007-2008 et 2010

A titre comparatif, les 3 pays sont placés parmi les 10 derniers de la liste quand on se réfère aux deux indices IDH et IIG. Or, concernant les indicateurs financiers, le Niger se trouve dans une situation où le PIB est inférieur et la proportion des dépenses en santé est aussi inférieure.

### **LA MORTALITÉ MATERNELLE EST EVITABLE**

Le démographe italien Livi Bacci, qui a présidé l'Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population pendant quelque temps, dans son livre « Introduction à la démographie », nous avertit que pour comprendre le comportement de la population par rapport aux phénomènes démographiques les plus élémentaires, la fécondité et la mortalité, il est nécessaire d'avoir les deux âmes de la démographie: biologique et sociale. La mortalité maternelle est un cas particulier de cette affirmation. Pour la comprendre et pour prendre des mesures pour la réduire, ce n'est pas suffisant déterminer les facteurs biomédicaux, il est indispensable de bien comprendre les facteurs sociaux, parmi lesquels, ceux qui forment la violence structurelle, l'élément clé pour trouver la expérience historique des pays pionniers dans la transition de la mortalité, que les recherches de l'équipe de Brouwere (Brouwere et al. 1997) nous fournissent, nous offre des indices intéressants car les différences sociales entre les femmes étaient aussi la norme avant l'utilisation généralisée des antibiotiques, des transfusions ou des césariennes, qui après 1930 ont contribué, une fois ces actions généralisées, à la diminution de la mortalité maternelle dans tous les groupes sociaux.

**GRAPHIQUE 2**  
**EVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE**  
**EN SUÈDE, AUX ETATS UNIS ET EN ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES**



**Source :** De Brouwere V, René T et Wim Van L. 1997

En faisant une lecture du graphique 2, nous observons qu'en 1870, la Suède, l'Angleterre, le Pays de Galles et les Etats-Unis avaient un taux de mortalité maternelle de 600 décès pour 100000 naissances vivantes. On peut distinguer plusieurs périodes dans la réduction de la mortalité maternelle dans ces pays.

Entre 1870 et 1900, seule la Suède présente une diminution et stabilise la mortalité maternelle entre 250 et 300 (niveau plus bas que celui de beaucoup de pays africains aujourd'hui).

De 1900 à 1937, les données sont similaires à celles ci-dessus pour les trois pays, il n'y a aucune diminution significative. Aucun des trois pays n'a évolué.

A partir de 1937, il y a une forte chute dans les trois pays qui arrive à se stabiliser jusqu'à 1970 à des niveaux que nous connaissons actuellement.

Dans la période de 1880 à 1900, cette baisse est très marquée en Suède, comme dans d'autres pays comme la Norvège et les Pays-Bas, atteignant des niveaux inférieurs de 300 décès maternels pour 100000 naissances vivantes. Ces réductions ont été principalement dues à :

- la sensibilisation de l'ampleur du problème des registres des décès à partir du XIXe siècle et la prise de conscience du fait que la plupart de ces décès sont évitables.
- Le développement de techniques efficaces comme l'asepsie pour prévenir les infections

puerpérales, la meilleure formation des sages-femmes, le plus grand nombre de naissances assistées par des sages-femmes professionnelles.

Dans la deuxième phase de 1900 à 1937, le taux de mortalité maternelle diminue par suite de l'amélioration des techniques, des antibiotiques, des césariennes, des transfusions. La Suède a un taux de mortalité maternelle très faible par rapport à d'autres pays, en vertu des raisons suivantes :

- une connaissance précoce de l'ampleur et les causes de la mortalité maternelle, en 1871 le Bureau Suédois de la Santé (*Sundhetkommisionen*) affirme « sur 651 femmes mourant lors de l'accouchement, au moins 400 auraient pu être sauvées si seulement il y avait eu assez d'accoucheuses » (on parle de **mortalité évitable**)
- une stratégie basée sur la professionnalisation des soins obstétricaux
- une volonté politique pour rendre accessibles les soins obstétricaux professionnels.

En Angleterre, la baisse de la mortalité maternelle a été plus lente due principalement à :

- la faible formation de sages-femmes qui était semblable à celle des **accoucheuses traditionnelles**, il a fallu attendre le début du XXe siècle pour avoir accès à une formation et ce n'est qu'en 1930 que toutes les sages-femmes sont suffisamment formées.
- la sensibilisation au problème de la mortalité maternelle a été plus tardive, le premier rapport annuel sur la mortalité maternelle (*Registrar-General's Office*) date de 1838, soit 88 ans après la Suède.
- une politique peu convaincante, car même si des connaissances techniques similaires étaient présentes, la mortalité maternelle diminue plus tardivement du fait que ces techniques ne sont pas appliquées.

Il est intéressant de connaître le cas des Etats-Unis. Malgré sa puissance économique, des mauvaises décisions dues aux luttes de pouvoir entre les professionnels, le situent dans une situation très désavantageuse par rapport à l'évolution de la mortalité maternelle dans les pays que nous venons d'exposer. En fait, les progrès ne sont visibles qu'à partir de 1940. Ceci est principalement dû à :

- Les données sur les statistiques d'état civil, naissances et décès ne sont disponibles qu'à partir de 1920, bien que la mortalité maternelle eût été déjà analysée depuis la fin du XIXe siècle dans certaines villes. Le taux de mortalité maternelle est très élevé par rapport à des pays comme la Suède, le Danemark, l'Angleterre et le Pays de Galles. La mortalité maternelle des Etats-Unis en 1918 était 885, chiffre est équivalent au taux de la Suède un siècle avant et le double du taux de 1851-1855. Ce taux a été supérieur à 600 jusqu'à la fin des années 30.
- L'assistance des accouchements par des sages-femmes a été bloquée à cause d'un conflit d'intérêts. Les obstétriciens disaient que la mortalité maternelle était due aux accouchements assistés par des sages-femmes ou par des médecins généralistes.

### ***Les inégalités, même en Occident, demeurent.***

Malgré le maintien d'un taux de mortalité maternelle très faible dans les pays occidentaux, il existe encore des différences en fonction de plusieurs paramètres. Ainsi, d'après une enquête réalisée au Royaume-Uni entre 1997 et 1999, la mortalité maternelle a été calculée en fonction des classes sociales, pour la classe 1 la meilleure, le taux de mortalité maternelle était de 2,94 pour 100000 naissances vivantes, cependant pour la classe 9, la classe la moins favorisée, le taux de mortalité maternelle était de 135,46 pour 100000 naissances vivantes (Lewis G. et Drife J., 2001). Dans une étude publiée en 2009 sur les césariennes en Espagne, les résultats montrent que le nombre de césariennes double chez les femmes obèses, qui sont souvent celles de la classe sociale la plus basse et la mortalité maternelle la plus élevée (De la Calle 2009).

Il y a un type de mortalité maternelle cachée dans les pays occidentaux où le taux est très faible, il s'agit de la mortalité produite par la violence domestique. Dans le cas des pays où le taux de mortalité maternelle est élevé, prenons l'exemple de l'Inde où une étude réalisée montre que 16% de la mortalité maternelle est due à la violence exercée par le compagnon intime (Gantra et al. 1998). La mortalité maternelle enregistrée à l'hôpital central de Maputo au Mozambique, la cause principale était la violence par le partenaire masculin (Krug et al 2002). L'homicide de la part de partenaire a été identifié comme étant aussi la cause la plus importante de mortalité maternelle au Bangladesh en milieu rural entre les années 1976-1985 (Fauveau et al 1998).

Aux États-Unis, Harper y Parsons en 1997, dans une étude réalisée au Nord de Caroline, ont conclu qu'on devrait considérer la mortalité due à la violence exercée par le partenaire intime de la femme comme une forme de mortalité maternelle. De même, Chang, Berg, Salzman et al (2005) sont arrivés à la conclusion qu'aux États-Unis, l'homicide était la première cause de mortalité des femmes en âge de procréer, en calculant que la mortalité maternelle associée à l'homicide était de 1,7 pour 100000 naissances vivantes, allant de 0,8 à 2,2.

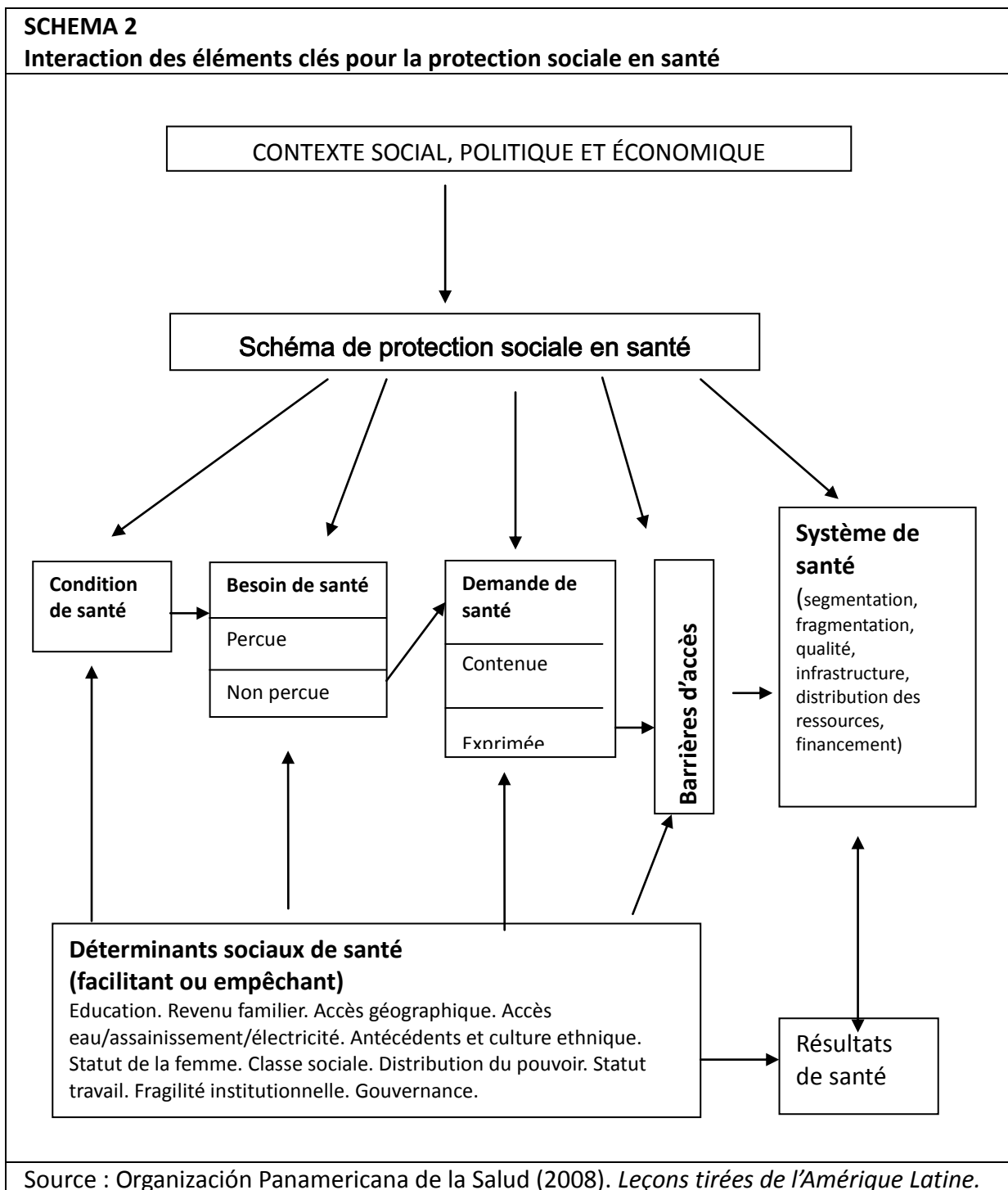
### ***Pour ne pas conclure: certaines clés pour améliorer la santé des femmes au Mali, au Burkina Faso et au Niger***

Pour réduire la mortalité maternelle au Mali, au Burkina Faso et au Niger, il est convenable évidemment de considérer les problèmes biomédicaux et de prendre toutes les mesures opportunes pour garantir qu'une fois que les femmes puissent avoir accès aux services sanitaires, trouvent l'assistance professionnelle adéquate et respectueuse avec sa conception de la maternité et la santé reproductive. Pour ce faire, l'éducation en santé depuis une perspective de genre et des droits humains est probablement un des outils les plus puissants (Velasco, M.C. et al, 2011).

Dans ce sens, il est judicieux d'investir beaucoup plus en santé et fournir une assistance gratuite et au moment opportun (y inclus les services d'urgence), dans la modalité que chaque pays estime le plus convenable (peut être sous forme de maisons maternelles, comme au Rwanda).

Nous devons prendre en compte des expériences passées de pays qui ont actuellement une

mortalité maternelle faible et connaître les actions réalisées pour réduire le taux de mortalité maternelle, si ce n'est pas aux chiffres actuels au moins à des chiffres qui améliorent la situation dans ces trois pays que nous avons analysés. Et d'autres qui ont mis en œuvre des actions neuves et "créatives" comme l'expérience en Amérique Latine avec des populations isolées et culturellement très différentes comme les maisons de maternité pour accueillir les femmes qui habitent loin des centres sanitaires et offrir une assistance qui soit beaucoup plus conformes avec leurs croyances et leurs comportements culturels, appelée assistance aux "accouchements culturellement adaptés". Cette protection a fait que l'attention aux femmes soit beaucoup plus en accord avec les pratiques actuelles en maintenant les soins traditionnels sans nuire la santé.





Cependant, doit-on encore surmonter les **barrières sociales** qui expliquent le fait qu'en ce moment, dans ces trois pays, des femmes ont accès à des ressources (voir schéma 2) qui sont complètement niées à beaucoup d'autres. Ce n'est que partie remise.

Ce n'est pas facile, certes. C'est un chemin lent, très coûteux et dans le climat actuel de crise économique, il sera plus difficile d'obtenir du financement pour avoir des hôpitaux de qualité, bien équipés et auxquels les femmes puissent avoir accès. Donc il convient d'améliorer parallèlement l'accès à l'éducation, de réduire les différences quant à l'alimentation des femmes et au travail des femmes au sein des ménages, d'améliorer le statut de la femme, si nous voulons améliorer leur état de santé.

D'une part, compte tenu des expériences historiques décrites ci-dessus, il paraît logique de considérer trois mesures essentielles:

1. La connaissance de la réalité (qui n'est pas complète jusqu'à présent, comme le développement d'études de cas détaillées sur les causes de mortalité maternelle, comme celles qui ont eu lieu en Algérie (INSP, 2001) et au Maroc (MSM, 2010).
2. La mise en œuvre d'une stratégie basée sur la professionnalisation des soins obstétricaux
3. Une volonté politique de mettre à disposition des soins obstétricaux de qualité. Compte tenu des trois retards, et surtout l'aspect économique, il est nécessaire de garantir la gratuité des services.

Le schéma 2 peut être une aide à la formulation d'une politique sanitaire et les éléments qui y figurent sont sélectionnés en fonction de plusieurs actions de politique sociale globale afin de pouvoir intervenir aussi bien dans la prévention que dans le traitement des risques que les femmes prennent en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive.

La relation entre la violence structurelle et la mortalité maternelle aussi bien dans les sociétés occidentales que dans les pays en développement montre que LE PRINCIPAL FACTEUR DE RISQUE DE LA MALADIE (mortalité maternelle) EST LA PAUVRETÉ.

## **REFERENCES**

Cabezas Cruz, E. (2006), *Evolución de la mortalidad materna en Cuba*. Revista Cubana de Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 32, n. 1.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. (2007), *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA: CPS/DNSI et Macro International Inc.

Centre for the Study of Adolescence, Population Action International (PAI) (2009), *A measure of commitment. Women's sexual and reproductive risk index for sub saharan Africa*.

Chang J, Berg C, Saltzman L et Herndon, J (2005), Homicide: a leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991–1999, *American Journal Public Health* 3 (95): 471–477.

De Brouwere V, Tonglet R et Van Lerberghe W. (1997), *La décroissance de la mortalité maternelle dans le monde Occidental in : La «Maternité sans Risque» dans les pays en développement: les leçons de l'histoire*. Studies in Health Services Organisation & Policy, 6, Antwerp, Belgium.

De la Calle FM, Armijo LO, Martín BE, Sancha NM, Magdaleno D F., Omeñaca TF et González GA. (2009), *Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales*. Rev. chil. obstet. Ginecol;74(4):233-238

Fauveau V. Koenig MA, Chakraborty J et Chowdhury AI. (1988), Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–1985, *Bulletin of the World Health Organization*, 66(5):643–651.

Galtung, J. (1995), *Investigaciones teóricas. Sociedad y cultura contemporánea*, Madrid, Tecnos-Instituto de Cultura “Juan Gil-Albert”, pp.314-315. (Citado por Martínez Román MA.).

Gantra BR, Coyaji KJ and Rao VN. (1998), Too far, too little, too late: a community based casecontrol study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India, *Bulletin of the World Health Organization*, 76(6):591–598.

Harper, M. and Parsons L. (1997), Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994, *Obstetrics & Gynecology*, 90(6):920–923.

Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, López AD, Lozano R and Murray CJL. (2010), *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*, *The Lancet*;375(9726):1609-1623.

INSP-Institut National de Santé Public d'Algerie (2001), *Enquete Nationale sur la Mortalité Maternel. Rapport de Synthese*, Ministère de la Santé et de la Population et INSP, Argel.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC Macro. 2011. *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2010 Rapport Préliminaire*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ORC Macro

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ORC Macro.

Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006*. Calverton, Maryland, USA: INS et Macro International Inc.

Krug EG et al., 2002, *World Report on Violence and Health*, World Health Organization (WHO), Geneva.

Martínez Román, MA. (2005), *Violencias estructurales: obstáculos para el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres pobres*. *Feminismos* 6:49-64.

Ministère de la Santé du Maroc, 2010, *Rapport national de l'Enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc*, DHSA, Rabat.

Nations Unies, Rapport 2010, *Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement. Eliminer la pauvreté 2015, c'est possible*, New York.

Organización Panamericana de la salud (PAHO) (Junio 2008), *Esquemas de Protección social para la población materna, neonatal e infantil (Lecciones aprendidas de la región de América Latina)*, Washington DC.

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Rapport Mondial de Développement Humain 1995, *Egalité des sexes et développement humain*, New-York.

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Rapport sur le Développement Humain 2010, Édition du 20e anniversaire, *La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain*, New-York, 2010.

Save De Children (2011), *El Estado Mundial De Las Madres*.

Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, Septiembre 2010. Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010. Tercer Informe de País.

Lewis G. and Drife J. (2001), *Why Mothers Die 1997-1999: The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG Press, London, 4 Dec. 2001.

Velasco. M.C., Burgunder, V. et Solsona, M. (2011), Santé sexuelle et reproductive en Afrique : au carrefour du quantitatif et du qualitatif, in 6<sup>ème</sup> Conférence africaine sur la population, UEPA, Ougadougou, (à paraître déc. 2011).

World Health Organization 2010, *Trends in maternal mortality: 1990–2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization 2010, WHO *Global Health Indicators* Part II, Geneva.

Zoungrana, CM. et Paré, A. (1999), La mortalité maternelle au Burkina Faso, Etats des connaissances sur le sujet, in Adjamagbo A, Guillaume, Agnes ((Eds.), Kofi, N., *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, Actes Scientifiques du GRIPPS, n°1 , Abidjan.