

*La «Maternité sans
Risque» dans les pays en
développement: les leçons
de l'histoire*

Vincent De Brouwere, René Tonglet
& Wim Van Lerberghe

Studies in Health Services Organisation & Policy, 6, 1997



ITGPRESS

Studies in Health Services Organisation & Policy, 6, 1997
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere
© ITGPress, Nationalestraat 155, B2000 Antwerp, Belgium.
E-mail: isa@itg.be

Authors:

V. De Brouwere, ITM, Antwerp ; R. Tonglet, UCL, Brussels ; W. Van Lerberghe, ITM,
Antwerp

Title:

*La « Maternité sans Risque » dans les Pays en Développement:
les Leçons de l'Histoire*
D/1997/0450/6
ISBN 90-76070-06-7
ISSN 1370-6462

Introduction

L'intérêt pour la santé maternelle dans les pays en développement est un phénomène relativement récent. Ce n'est en effet qu'à partir de 1985 que l'attention du monde académique et des agences d'aide a été attirée par l'écart énorme entre le risque de mortalité maternelle des femmes du tiers monde et celui des femmes des pays industrialisés (Rosenfield and Maine, 1985). Les ratios de mortalité maternelle ont actuellement dans les pays en développement une ampleur similaire à celle des pays industrialisés du début du XX^e siècle, alors que les techniques qui avaient permis au monde occidental de réduire la mortalité maternelle ont été transférées dans le tiers monde et sont théoriquement disponibles, tout au moins pour une partie de la population.

Le manque d'impact de ce transfert de techniques pose question. Il ne suffit pas, de toute évidence, que le savoir existe. Considérer que les ratios de mortalité dépendent des ressources du pays ou encore de son niveau de développement socio-économique est probablement vrai, mais cela n'explique pas tout¹. En effet, parmi les pays dont le PNB/habitant est inférieur à 2.000 \$EU en 1993, les estimations des ratios de mortalité maternelle varient entre 22 et 1.600 pour 100.000 naissances vivantes (n.v.). Lorsqu'on réduit la liste des pays à ceux qui ont un PNB/habitant inférieur à 1.000 \$EU (Tableau 1), les écarts entre les extrêmes des ratios de mortalité maternelle restent aussi importants, allant de 22 (pour l'Azerbaïdjan qui a un PNB/habitant de 730 \$EU) à 1600 (pour la Guinée dont le PNB/habitant est de 500 \$EU) ; la médiane se situant vers 660 pour 100.000 naissances vivantes.

Dans un pays comme le Viêt-nam, dont le PNB/habitant est de 170

¹ En outre, la recherche d'une corrélation entre les estimations des ratios de mortalité maternelle dans les pays en développement et des variables comme le pourcentage d'accès aux services de santé, le taux de scolarisation des filles en primaire et l'accès à une eau saine s'est révélée infructueuse. Toutes ces variables avaient été mesurées pour la construction d'un Indice des Déterminants de Santé (IDS) et sont publiées dans Perrot et Carrin, 1996.

\$EU, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 160/100.000n.v. alors qu'en Ouganda et au Népal, où le PNB/habitant est du même ordre de grandeur (180 et 190 \$EU), les ratios de mortalité maternelle sont estimés à 1.200 et 1.500, respectivement. Le revenu n'explique donc pas tout².

TABLEAU 1. PAYS DONT LE PNB/HABITANT EST INFÉRIEUR A 1.000 \$EU PAR AN, PAR ORDRE ASCENDANT DE MORTALITE MATERNELLE

Pays	PNB/h	Mortalité maternelle	Pays	PNB/h	Mortalité maternelle
Azerbaïdjan	730	22	Bolivie	760	650
Géorgie	580	33	R. C. Afrique	400	700
Arménie	660	50	Tanzanie	90	750
Ouzbékistan	970	55	Ghana	430	750
Albanie	340	65	Cote d'Ivoire	630	800
Mongolie	390	65	Bangladesh	220	850
Chine	490	95	Zaïre	300	850
Kirguizistan	850	110	Guinée-Bissau	240	900
Tadjikistan	470	130	Congo	950	900
Sri Lanka	600	140	Burkina Faso	300	950
Viêt-nam	170	160	Zambie	380	950
Nicaragua	340	160	Mauritanie	500	950
Egypte	660	170	Nigeria	300	1000
Honduras	600	220	Bénin	430	1000
Philippines	850	280	Gambie	350	1100
Pakistan	430	340	Ouganda	180	1200
Madagascar	220	500	Mali	270	1200
Malawi	200	550	Niger	270	1200
Inde	300	550	Sénégal	750	1200
Liberia	500	550	Burundi	180	1300
Zimbabwe	520	550	Rwanda	210	1300
Cameroun	820	550	Ethiopie	100	1400
Lesotho	650	600	Mozambique	90	1500
Kenya	270	650	Népal	190	1500
Laos	280	650	Tchad	210	1500
Togo	340	650	Guinée	500	1600
Indonésie	740	650			

SOURCES: pour estimations (1993) du PNB par habitant en \$EU: World Bank,

² Par contre, le mode de redistribution des biens et services produits pourrait jouer un rôle plus significatif, les pays socialistes ayant de manière répétée (mais non systématique) atteint de meilleures performances au niveau de leurs indicateurs sanitaires que les pays dits capitalistes (Navarro, 1992).

1995; pour les ratios de mortalité maternelle par 100.000 n.v: WHO and UNICEF, 1996

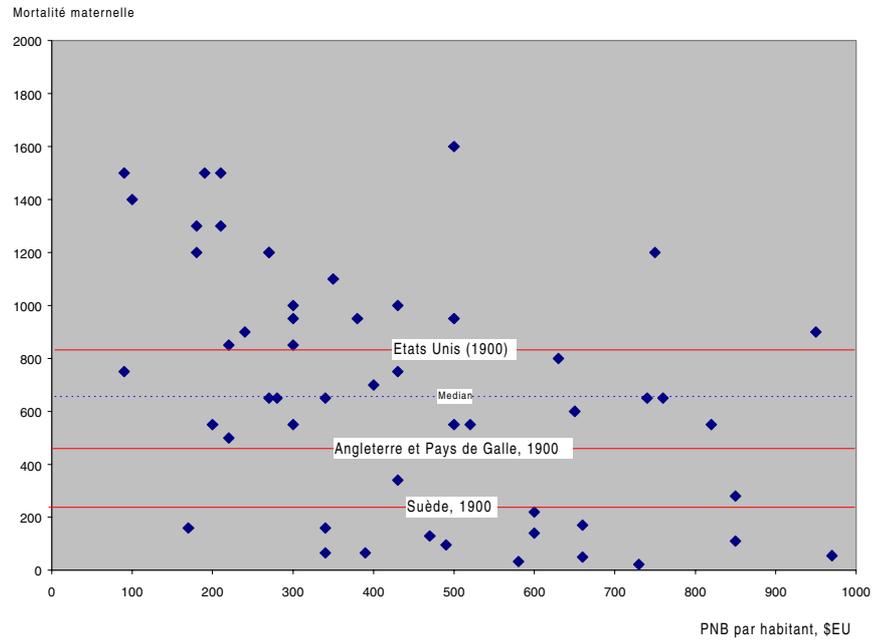
Ces écarts sont comparables à la différence qu'il y a en Europe entre le XVII^e siècle (ratios de l'ordre de 1500-1600/100.000 naissances vivantes) et la fin des années 1960³. La Figure 1 représente les niveaux de mortalité maternelle enregistrés (ou estimés) en 1900 pour les Etats-Unis, la Suède et l'Angleterre et le Pays de Galles, comparés aux ratios de mortalité maternelle dans les pays en développement dans les années 1990. Il est choquant de constater que les ratios de mortalité maternelle sont à l'heure actuelle plus élevés dans bon nombre de pays en développement que les ratios occidentaux du XIX^e siècle.

En 1900, cependant, il y avait également des écarts importants entre les pays occidentaux, avec des ratios allant du simple au quadruple. Pourquoi un pays comme les Etats-Unis, et dans une moindre mesure la Grande-Bretagne, a-t-il connu un tel retard par rapport à la Suède qui n'était pas plus économiquement développée ?

L'objet de cette monographie est de revoir les conditions historiques qui ont permis une décroissance de la mortalité maternelle dans le monde industrialisé. L'analyse de l'évolution de la mortalité maternelle dans ces pays fournit des pistes pour attirer l'attention non seulement sur l'importance des innovations technologiques - et de leur adéquation - mais aussi sur l'importance du contexte dans lequel ces techniques sont mises à la disposition des populations.

³ A titre d'exemple, en 1968 ces ratios étaient de 22/100.000 n.v. aux Pays-Bas et de 27 en Grande-Bretagne.

FIGURE 1. LES RATIOS DE MORTALITE MATERNELLE DANS LES PAYS AVEC UN PNB/HAB. INFÉRIEUR A 1.000 \$EU

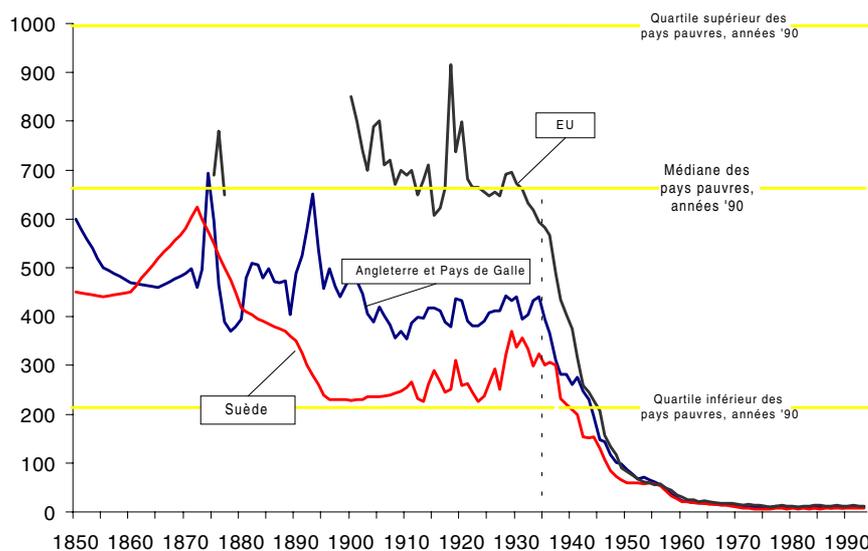


SOURCES: Estimation des ratios de mortalité maternelle: Stanton et al. 1995.
PNB/habitant en 1993: World Bank, 1995.

La décroissance de la mortalité maternelle dans le monde Occidental

Il est possible de reconstituer de façon assez détaillée l'historique de la décroissance des ratios de mortalité maternelle dans quelques pays occidentaux. Vers 1870, les niveaux des ratios de mortalité maternelle en Suède, en Angleterre et au Pays de Galles et aux Etats-Unis étaient en moyenne supérieurs à 600 (Figure 2). Seule la Suède montre une décroissance nette des ratios de mortalité entre 1870 et 1900, avant une stabilisation autour de 250-300 pour 100.000 naissances vivantes. Entre 1900 et 1937, les trois pays n'ont plus guère évolué. Puis vient une phase de décroissance rapide qui a ramené les ratios de mortalité maternelle de ces trois pays aux niveaux très bas - autour de 5 à 10 pour 100.000 n.v. - qu'on connaît aujourd'hui.

FIGURE 2. EVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE EN SUEDE, AUX ETATS-UNIS ET EN ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

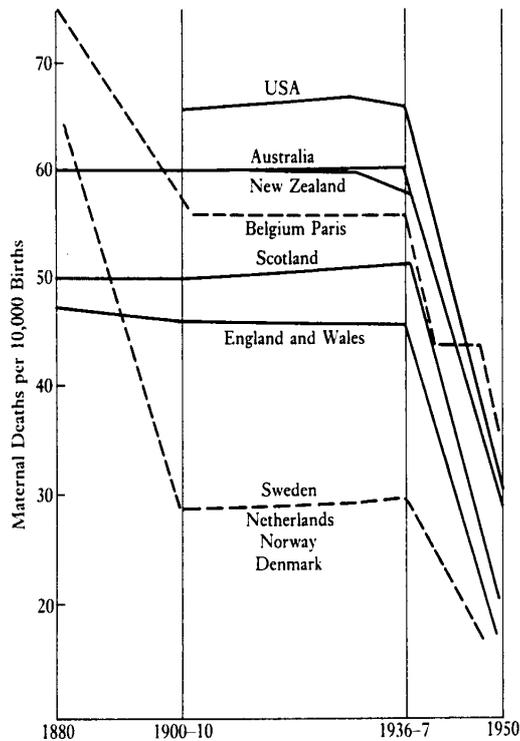


SOURCES: Howard, 1921 ; Högberg and Wall, 1986 ; Högberg et al., 1986 ; Loudon, 1992a ; WHO and UNICEF, 1996.

Dès 1900 la Suède avait donc un ratio de mortalité maternelle que seuls 25% des pays les plus pauvres ont atteint en 1990. Le niveau de mortalité maternelle aux Etats-Unis en 1900 est resté comparable à la médiane de ces pays en développement jusqu'en 1940. Entre 1945 et 1968, la chute des ratios de mortalité maternelle en Suède, en Angleterre et Pays de Galles et aux Etats-Unis s'est accélérée pour atteindre les niveaux très bas actuels, autour de 10 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Loudon a schématisé cette évolution en deux grandes phases de décroissance des ratios (Figure 3).

FIGURE 3. L'EVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE DANS DIFFERENTS PAYS SELON LOUDON



SOURCE: Loudon, 1992a ; reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur Clarendon Press - Oxford.

La première, de ces deux phases, de 1880 à 1900-1910, a été particulièrement marquée en Suède, en Norvège, au Danemark et aux Pays-Bas et a mené à des niveaux de mortalité inférieurs à 300/100.000 n.v. dans ces pays. Comme nous le verrons plus tard, cette rapide décroissance résulterait principalement:

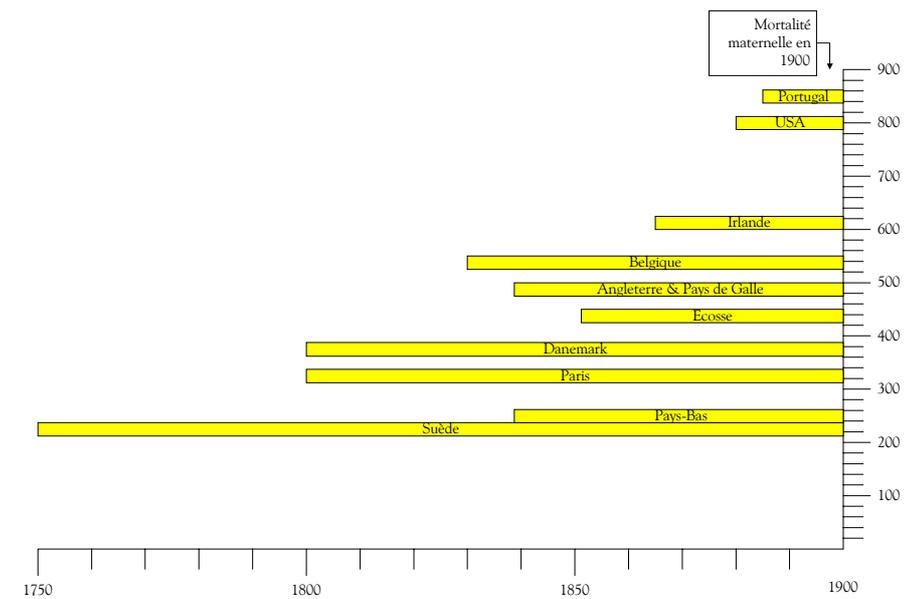
- ✓ du développement de techniques efficaces (par exemple, l'asepsie pour la prévention des infections puerpérales), culturellement maîtrisées par ceux (celles) qui les utilisaient et progressivement accessibles à la majorité de la population. Comme nous le verrons plus loin, il y a eu, dans la plupart des pays occidentaux, une amélioration et une extension de la formation des sages-femmes et des praticiens (techniques d'asepsie, sondage vésical, utilisation de forceps) de façon à offrir à une part grandissante des femmes une assistance de bonne qualité à l'accouchement. Ce qui différencie alors les pays du Nord de l'Europe (Danemark, Suède, Pays-Bas, Norvège) des autres et particulièrement des Etats-Unis, c'est la faible proportion d'accouchements instrumentaux et la grande proportion d'accouchements réalisés par des sages-femmes très bien formées.
- ✓ de la prise de conscience de l'ampleur du problème, grâce aux statistiques vitales disponibles dès le XIX^e siècle, et de la prise de conscience que la plus grande part de cette mortalité pouvait être évitable. Il y a une nette relation entre les ratios de mortalité maternelle observés dans les différents pays en 1900 et le nombre d'années pour lesquelles les statistiques de mortalité y étaient disponibles (Figure 4).

La seconde phase de la diminution des ratios de mortalité, survenue après le plateau de 1900 à 1937, est la conséquence de l'amélioration des techniques (antibiotiques, césariennes, transfusions) dans un contexte où elles sont maîtrisées et disponibles pour la toute grande majorité de la population maternelle, qu'elle accouche en milieu hospitalier ou à domicile. Il faut ajouter que, dans les pays industrialisés, il existait une culture de qualité des soins soutenue par un système de contrôle, nourri lui-même par les informations provenant des enquêtes sur les décès maternels.

Ce qui est frappant dans cette évolution c'est le contraste entre la décroissance observée dès la fin du siècle dernier dans des pays comme la

Suède la Norvège, le Danemark ou les Pays-Bas, et la stagnation, jusque peu avant la dernière guerre mondiale, dans des pays comme les Etats Unis ou la Belgique. Dès avant l'ère des antibiotiques et de la maîtrise des techniques de transfusions et des césariennes, La Suède a vu son niveau de mortalité maternelle descendre à 228 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes : moins que ce qu'on observe actuellement dans les trois-quarts des pays en développement dont le PNB/habitant est inférieur à 1.000 \$EU. Quelles conditions ont pu amener des ratios aussi bas alors qu'en Grande-Bretagne, ceux-ci variaient autour de 450 et qu'aux Etats-Unis, ils restaient systématiquement supérieurs à 600 ?

FIGURE 4. LE NOMBRE D'ANNEES DEPUIS LA MISE EN PLACE DES STATISTIQUES VITALES PAR RAPPORT AU RATIO DE MORTALITE MATERNELLE EN 1900



SOURCE: Loudon, 1992a

Le cas de la Suède

UNE CONNAISSANCE PRECOCE DE L'AMPLEUR ET DES CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE

En Suède, l'enregistrement des naissances et des décès a commencé de manière rigoureuse dans les paroisses durant le XVII^e siècle. A partir de 1749, on disposait d'un enregistrement systématique fiable des individus, des décès et des causes de décès: le Registre Général (Eriksson *et al.*, 1981). On connaissait donc l'ampleur du problème de la mortalité maternelle dès le XVIII^e siècle. De plus, cette information a permis au Bureau Suédois de la Santé (*Sundhetkommisionen*) d'affirmer en 1751 que « sur 651 femmes mourant lors de l'accouchement, au moins 400 auraient pu être sauvées si seulement il y avait eu assez d'accoucheuses » (Högberg *et al.*, 1986). On maniait donc en Suède, dès le milieu du XVIII^e siècle, le concept de mortalité maternelle évitable.

La mesure de l'ampleur du problème et la connaissance des causes de mortalité maternelle ont été des facteurs essentiels à la prise de conscience du problème par les décideurs politiques et les professionnels de santé. Encore fallait-il mettre en place des solutions rationnelles, c'est-à-dire en rapport avec l'état des connaissances scientifiques, mais également (ou surtout) appropriées à l'environnement - dans les pays en développement, on dirait aujourd'hui 'des technologies adaptées au niveau de développement'.

UNE STRATEGIE BASEE SUR LA PROFESSIONNALISATION DES SOINS OBSTETRICAUX

Au XVIII^e siècle, la Suède était un pays pauvre dont la population était largement disséminée sur un grand territoire. La politique choisie par le gouvernement fut de professionnaliser les soins obstétricaux, principalement en améliorant la formation de base des médecins et des accoucheuses. Dès 1829, les accoucheuses diplômées et « certifiées » (ayant une autorisation, une « licence », pour faire des accouchements) furent, après formation, autorisées à utiliser des forceps, et des crochets pour la

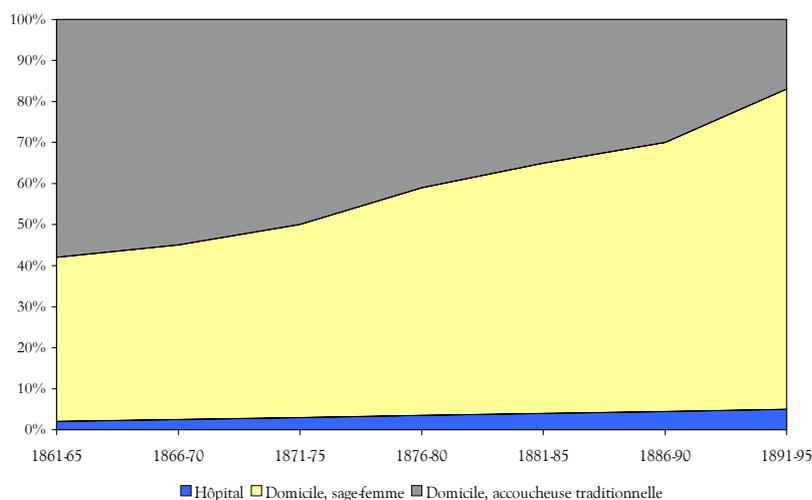
crâniotomie. Les municipalités payaient une contribution pour la formation de leur(s) sage(s)-femme(s). L'accoucheuse locale était supervisée par le médecin de santé publique local, à qui elle faisait appel en cas de problème - lorsque c'était possible - et qui signait les rapports officiels des activités réalisées par les accoucheuses. Ces rapports étaient ensuite envoyés au Bureau régional de la Santé et du Bien-Être.

Ces sages-femmes avaient donc une compétence réelle. De plus, elles étaient redevables devant leur médecin superviseur de toutes les interventions obstétricales qu'elles réalisaient: il y avait une hiérarchie effective des responsabilités.

UNE VOLONTE POLITIQUE POUR RENDRE LES SOINS OBSTETRICAUX PROFESSIONNELS ACCESSIBLES

La formation de cohortes de sages-femmes certifiées fut un processus lent et progressif (Figure 5).

FIGURE 5. PROPORTION D'ACCOUCHEMENTS A DOMICILE PAR DES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES, DES SAGES-FEMMES CERTIFIEES ET DANS LES HOPITAUX, 1861-1894



SOURCE: Högberg et al, 1986

Le nombre de naissances assistées par les accoucheuses professionnelles (certifiées) n'était encore que de 40% en 1861 et est passé à 78% en 1900, au détriment des accouchements réalisés à domicile par les sages-femmes traditionnelles (60% en 1861, 18% en 1900). A peine 2 à 5% des accouchements se passaient à l'hôpital.

La chute de la mortalité maternelle s'est accélérée après la mise en place de techniques d'asepsie, tout d'abord à l'hôpital (fin des années 1870) puis, de manière obligatoire, à l'ensemble du réseau d'accoucheuses certifiées, en 1881. La combinaison d'accouchements assistés à domicile par un personnel qualifié et l'introduction de techniques d'asepsie, a permis à la Suède d'avoir un des ratios de mortalité maternelle les plus bas d'Europe à l'aube du XX^e siècle. C'est la même politique qui a permis aux Pays-Bas, au Danemark et à la Norvège d'avoir des ratios de mortalité maternelle inférieur à 300 pour 100.000 en 1920 (Loudon, 1992b).

Il a donc fallu attendre l'avènement d'une nouvelle technologie, l'asepsie, et surtout sa diffusion à travers le réseau de sages-femmes formées aux méthodes obstétricales modernes, pour qu'un effet significatif sur la mortalité maternelle soit enregistré. Deux conditions ont été ici nécessaires: d'abord, l'efficacité propre de la technique d'asepsie, mais également la couverture des accouchements par les sages-femmes formées à ces techniques et contrôlées, les seules finalement qui pouvaient intégrer « culturellement » cette technologie. Cette deuxième condition n'a pu cependant être mise en place que parce qu'il existait une volonté politique de s'attaquer au problème de la mortalité maternelle. L'importance de la couverture professionnelle apparaît clairement lorsqu'on voit le décalage de l'impact de ces techniques dans les autres pays.

Une décroissance plus lente en Angleterre et au Pays de Galles

LA LENTE PROFESSIONNALISATION DES SOINS OBSTETRICAUX

Jusqu'au début du XX^e siècle, l'accoucheuse en Angleterre était peu considérée. Seul un petit nombre d'entre elles avait reçu une formation professionnelle ; le mode d'apprentissage était celui des accoucheuses traditionnelles: apprendre en accompagnant une accoucheuse plus expérimentée dans ses tournées. En 1881, on estimait qu'un peu moins de la moitié des accouchements en Grande-Bretagne étaient réalisés par environ 10.000 sages-femmes en majorité non formées (ce qui ne préjuge pas de leur compétence technique). L'autre moitié des accouchements étaient assistés par 18.000 médecins généralistes (sur les 19.000 recensés). Il n'y avait donc pas de manque, au contraire, l'offre était en excès et la compétition féroce. C'est une des raisons pour lesquelles l'image des accoucheuses transmise par les médecins était si dévalorisante⁴. Le choix d'un médecin ou d'une accoucheuse se faisait en fonction de critères tels que l'accessibilité géographique, l'origine ethnique, la réputation locale des sages-femmes et des médecins et le prix demandé (Loudon, 1992a). Au milieu du XIX^e siècle, la concurrence des médecins généralistes n'a laissé aux sages-femmes que la

⁴ C'était aussi le cas aux Pays-Bas jusqu'au XVIII^e siècle où « l'opinion exprimée par les médecins et les accoucheurs était que les sages-femmes étaient ignorantes et sans expérience et qu'elles avaient acquis leurs connaissances de l'obstétrique par la pratique. Elles pouvaient à peine lire et écrire. Elles n'avaient aucun désir d'apprendre. Elles étaient incapables de suivre un enseignement théorique. [...] l'image négative de la sage-femme dans la littérature était surtout exprimée par des catégories professionnelles masculines qui voulaient conquérir le domaine de l'obstétrique, domaine qui appartenait depuis plusieurs siècles aux sages-femmes. La reconnaissance officielle des sages-femmes par la réglementation de leur pratique et leur enseignement les a protégées. » Les causes possibles de la création de cette image négative, mentionnées par l'auteur comprennent 1) la rivalité professionnelle, 2) la division entre la connaissance de la théorie et de la pratique, 3) la différence de classe, 4) la différence entre les sexes, et 5) les idées que l'obstétrique pratiquée par les sages-femmes est une activité impure (Van der Borg, 1994).

clientèle des pauvres, ce qui les obligeait à compléter leurs honoraires par des petits travaux tels le nettoyage du linge (Pelling *et al.*, 1993). La réforme du statut des sages-femmes fut lente et survint finalement, en dépit de l'opposition des médecins généralistes, grâce à un petit groupe de gens dont William Farr (le chef du *General Registration Office* vers 1841-1876) et quelques femmes militantes. Il a fallu en effet attendre le *Midwives Act* de 1902, résultat d'une trentaine d'années d'efforts et de combat de sages-femmes d'un haut niveau de qualification (et il faut le reconnaître d'un statut social élevé), pour voir introduire en Grande-Bretagne la formation obligatoire des accoucheuses et la réglementation de leur profession⁵. Ce premier *Midwives Act* avait pour objectif de faire disparaître les accoucheuses traditionnelles non formées (les *bona fides*) au profit d'accoucheuses formées et certifiées.

Mais l'évolution a été relativement lente, surtout si on considère que l'Angleterre et le Pays de Galles étaient des régions largement urbanisées. En 1908, sur les 27.234 sages-femmes « enrôlées »⁶, 43% étaient des *bona fides*, 36% des sages-femmes certifiées et seulement 21% étaient des lauréates du *Central Midwives Board* (Loudon, 1992a). La proportion de sages-femmes formées était très variable d'un endroit à l'autre: environ 30% en 1911 dans les villes de Birmingham et de Hull mais déjà 88% à Liverpool (Berridge *et al.* 1993). Il faut attendre 1930 pour que, dans ces trois villes, plus de 90% des sages-femmes soient formées. Et jusqu'à la deuxième guerre mondiale, on observe une grande diversité de niveaux de qualification des sages-femmes (Loudon, 1992b). La proportion d'accouchements à domicile

⁵ A titre de comparaison, la réglementation de la profession de sage-femme avait fait l'objet d'un décret en France en 1879. Les sages-femmes qui voulaient exercer officiellement leur métier devaient passer devant un jury d'examen chargé de la délivrance du certificat d'aptitude à l'exercice de la profession (Guyot Jeannin, 1986)

⁶ Suite au *Midwife Act* de 1902, le *Central Midwives Board* (CMB) est créé et il reconnaît alors trois catégories de sages-femmes qui peuvent être « enrôlées » (pouvant légalement exercer la profession): les *bona fides* qui sont reconnues parce qu'elles pratiquaient déjà (sages-femmes traditionnelles), les 'sages-femmes certifiées' qui ont reçu leur certificat d'une institution (un hôpital ou l'*Obstetrical Society of London*) et les nouvelles recrues qui après une formation ont réussi l'examen du CMB (Loudon, 1992b).

réalisés par des sages-femmes non formées était de 47,9% en 1909 dans le Derbyshire et 51,4% en 1913 (Janet Lane-Claypon⁷, citée par Loudon, 1992a), alors qu'en Suède, cette proportion était déjà inférieure à 18% en 1900 (Högberg *et al.*, 1986).

Si beaucoup d'accouchements étaient faits par des médecins, l'obstétrique en Grande-Bretagne fut longtemps méprisée comme une branche manuelle de la médecine « *which would 'discredit men who had been educated at universities' and 'disparage the highest grade of profession'* » (Sir Henry Halford, 1834, cité par Loudon, 1992a). L'obstétrique n'a été enseignée ni à Oxford, ni à Cambridge, avant les années 1840 (Shorter, 1984). Or environ la moitié des accouchements étaient réalisés par ces médecins généralistes non formés, à domicile⁸. Une bonne partie d'entre eux ont appris à devenir compétents. Mais d'une manière générale, jusqu'aux années 1930, un grand nombre de praticiens ont usé et abusé de l'anesthésie au chloroforme et du forceps. Et souvent, ces interventions (forceps sous chloroforme) se faisaient sans précautions d'asepsie. « *Même dans les accouchements sans complication, les médecins étaient intervenus à domicile dans 31% des cas (contre 10% en milieu hospitalier)* » (Shorter, 1984, commentant le rapport de la commission d'enquête sur la mortalité maternelle au Pays de Galles en 1934). Loudon (1992a) considère qu'au moins un tiers des décès maternels de la période 1910-1935 ont été causés par cet interventionnisme peu scrupuleux, potentiellement évitable.

En réaction à cet état de choses, le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* est fondé en 1929 avec l'intention de créer une spécialité en obstétrique pour relever le standard de qualité. Mais le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* ne deviendra réellement influent qu'après la seconde guerre mondiale.

La professionnalisation des soins obstétricaux en Grande-Bretagne,

⁷ Lane-Claypon, J. The Economic Aspects of Midwifery. In: *Local Government Board, 44th Annual Report, 1914-1915*, Supplement on Maternal Mortality, PP 1914-16 xxv, Cd, 8085, p.92.

⁸ Les naissances à l'hôpital ou dans des *nursing homes* (maisons d'accouchement) ne représentaient que 15% de l'ensemble des naissances en Angleterre et au Pays de Galles en 1927, 24% en 1933 et 35% en 1937 (Loudon, 1986).

lorsqu'on la compare à la Suède, est marquée par une relation conflictuelle entre médecins généralistes et sages-femmes qui devaient occuper le même territoire. Elle est aussi marquée par un intérêt tardif pour la profession d'obstétricien, qui se traduit également par une diffusion nettement plus lente qu'en Suède, des techniques d'asepsie et d'antisepsie: les médecins sont bien moins 'compliant' que les sages-femmes à suivre les instructions rigoureuses de l'asepsie. C'est Henry Jellet (Loudon, 1992b) qui a attiré l'attention sur le contraste entre les accouchements faits par les sages-femmes et par les médecins dans les années 1920 (Tableau 2).

TABLEAU 2. DECES DUS A UNE INFECTION PUERPERALE PAR 100.000 NAISSANCES

ACCOUCHEMENTS FAITS EN MAJORITE PAR			
DES SAGES-FEMMES		DES MEDECINS	
Sages-femmes britanniques ^a	33	Nouvelle-Zélande	182
Pays-Bas	77	Angleterre et Pays de Galles	146
Danemark	95	Ecosse	182
Norvège	71	Irlande	179
Suède ^b	33	Australie	170

^a Les chiffres des sages-femmes britanniques proviennent des 317.758 accouchements à domicile réalisés par les sages-femmes du Queen's Institute of District Midwives. ^a Les chiffres suédois proviennent des accouchements à domicile sur un échantillon de sept paroisses et couvrent la période 1881-1900.

UNE PRISE DE CONSCIENCE PLUS TARDIVE

En Angleterre et au Pays de Galles, les ratios de mortalité maternelle étaient produits en routine dès la fin de la première moitié du XIX^e siècle : le premier rapport annuel du *Registrar-General's Office* date de 1838 (Loudon, 1992a), soit quand même 88 ans après la Suède. Ces ratios étaient de l'ordre de 600 pour 100.000 naissances vivantes avant 1850, puis se sont stabilisés autour de 450-500/100.000 naissances vivantes entre 1851 et 1900.

Mais, devant la faible amélioration des ratios de mortalité depuis le début du siècle, et - il faut le reconnaître - sous la pression de l'opinion publique qui s'indignait au point que la mortalité maternelle fit l'objet d'une discussion au parlement (Shorter, 1984), le Ministère de la Santé britannique mit sur pied, en 1928, un comité dont la mission devait être de fournir des recommandations concernant la morbidité et la mortalité maternelles. Deux ans plus tard, en 1930, le premier rapport était établi. Il avançait le

concept de « *primary avoidable factor* » dans les causes de mortalité. Il recommandait aussi qu'une enquête strictement confidentielle soit menée autour de chaque décès maternel.

Il fallut cependant attendre 1949 pour que ces enquêtes débouchent sur des mesures concrètes, lorsque le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* suggéra au Ministère d'adopter la méthode américaine d'investigation des décès (Llewellyn-Jones, 1974). Peut-être plus que la méthodologie elle-même, c'est l'implication des obstétriciens qui mena à un engagement de tous les praticiens dans la lutte contre la mortalité maternelle. Cette implication des praticiens, mais aussi des sages-femmes, a pu être pleinement efficace, dans le contexte anglais, grâce au fait que les acteurs étaient assurés de la totale confidentialité des enquêtes (Cook, 1989 ; Godber, 1994).

Il est difficile de prouver que les comités d'enquête de mortalité maternelle ont eu un impact sur la diminution des ratios mais il semble qu'ils aient rendu les omnipraticiens et les obstétriciens plus conscients du problème (Klein and Clahr, 1958). On a pu ainsi mieux déterminer les zones d'amélioration des soins maternels comme, par exemple, la nécessité des banques de sang, le danger des anesthésiques par inhalation et l'inadéquation des services d'urgences obstétricales: ces enquêtes ont joué un rôle d'audit médical avant la lettre (Crombie *et al.* 1993). Llewellyn-Jones (1974) considère que la diminution de 87 à 25 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes entre 1950 et 1965 en est un des résultats ; en effet, durant cette période, il n'y a pas eu d'avancée technologique, ni dans le domaine médicamenteux, ni dans le domaine des techniques obstétricales. Pour Llewellyn-Jones, la chute des ratios de mortalité, durant cette période, serait due en partie à une plus grande conscience des praticiens concernant les problèmes obstétricaux décrits dans les analyses des causes des décès maternels. Outre les facteurs déjà cités pour la Suède (capacité de mesurer l'ampleur du problème, notion de mortalité évitable, hiérarchie effective des responsabilités), un autre facteur paraît donc essentiel: l'implication des personnels de santé dans l'amélioration de la qualité des soins grâce, entre autres, aux enquêtes sur les décès.

UNE VOLONTE POLITIQUE PEU AFFIRMEE

En comparaison avec la Suède et les pays scandinaves, la politique anglaise manquait de vigueur. A connaissance technique égale, les chutes des niveaux de mortalité n'apparaissent que bien plus tard, après 1935. Donc, à une époque où la mortalité due à l'infection puerpérale commençait à chuter⁹, mais aussi lorsque les différentes enquêtes confidentielles décidées mirent en relief les autres causes évitables de la mortalité maternelle (hémorragies, dystocies) et que la technologie pour combattre ces causes (transfusion sanguine et césarienne) fut rendue accessible à chaque parturiente. Pour Loudon (1992b), ce retard dans la lutte contre la mortalité maternelle en Angleterre est certainement dû en partie à l'indécision du gouvernement et au fait que le financement des interventions à mettre en place était laissé aux autorités locales qui hésitaient à dépenser dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

Les Etats-Unis : pas de progrès avant 1940

DES DONNEES DE MORTALITE MATERNELLE DISPONIBLES TARDIVEMENT

Aux Etats-Unis, ce n'est que vers les années 1920 que les statistiques vitales (enregistrement des naissances et des décès) ont couvert la majeure partie du pays (Pearl, 1921). Cependant, des analyses de décès maternels étaient faites depuis la fin du XIX^e siècle dans les grandes villes de la plupart des états et ces analyses montraient des ratios de mortalité maternelle élevés, comparés à ceux de pays européens comme la Suède, le Danemark ou l'Angleterre et le Pays de Galles (Howard, 1921). Les ratios de mortalité en 1918 étaient du même ordre de grandeur (885 par 100.000 n.v.) qu'en Suède un siècle plus tôt et le double des ratios suédois de 1851-55. Ces ratios sont restés supérieurs à 600 du début du siècle jusqu'à la fin des années 1930.

⁹ En partie à cause de la diminution de la virulence du streptocoque (Loudon, 1988), en partie grâce à l'efficacité des sulfamides nouvellement découverts, puis de la pénicilline (Baird, 1960).

Il est vrai qu'un Comité National du Bien-être Maternel a été mis sur pied en 1920. Son but était « *to encourage the analysis of maternal deaths in every State, county and community and to try, if possible, to prevent maternal deaths by education of the laity, the hospital members, the community and also the medical profession* » (Llewellyn-Jones, 1974). Mais il a fallu attendre 1933 pour que la première analyse des décès maternels recommandée par le Comité National du Bien-être Maternel soit réalisée. Elle le fut à New-York, et dans un contexte assez particulier que l'on pourrait qualifier de façon euphémique de 'promotion de la profession d'obstétricien'. L'étude, réalisée par la *New-York Obstetrical Society* et la *New-York Academy of Medicine*, a en effet contribué à créer un conflit entre obstétriciens d'une part et sages-femmes et médecins généralistes d'autre part (voir point suivant). Mais elle a aussi été réalisée parce que les ratios de mortalité aux Etats-Unis étaient toujours relativement élevés, comparés aux autres pays industrialisés. Josephine Baker¹⁰ rapportait que des 22 nations qui en 1925 enregistraient les décès maternels, seuls le Chili et la Belgique avaient des taux supérieurs à ceux des Etats-Unis (King, 1991), et en 1927: « *The United States holds at present an unenviable position with regard to its maternal mortality* » (Baker, 1927).

Aux Etats-Unis, l'intérêt public croissant pour le problème de la mortalité maternelle¹¹ s'est concrétisé par l'introduction de principes et de financements en faveur d'activités de protection maternelle, tout d'abord de 1922 à 1929 dans le *Sheppard-Towner Act*, puis en 1935 dans le *Social Security Act* (Schmidt and Valadian, 1969).

Durant la seconde guerre mondiale, un nouveau programme est établi, l'*Emergency Maternity and Infant Care Program*. Ce programme, qui avait pour ambition de fournir des soins obstétricaux qualifiés aux femmes dont les maris étaient au service militaire, a établi des standards pour le personnel, les infrastructures, les services et les prix dans toutes les zones qui bénéficiaient des subsides de l'Etat. Ce programme national de santé maternelle américain, a eu peut-être un plus grand impact sur la qualité et la quantité des soins fournis aux femmes enceintes et à leurs enfants que

¹⁰ la première directrice du Bureau Américain de la Santé Maternelle et Infantile.

¹¹ Au point que ce sera le *New-York times* qui annoncera les premiers résultats de l'enquête des décès maternels à New-York en 1934.

tout autre facteur à cette époque-là (Schmidt and Valadian, 1969).

UNE STRATEGIE DE COUVERTURE DES ACCOUCHEMENTS PAR LES SAGES-FEMMES BLOQUEE PAR LES CONFLITS D'INTERETS

Les obstétriciens américains pensaient qu'il serait possible de diminuer ces ratios si on analysait les causes des décès maternels et que l'on parvenait ainsi à montrer que les responsables de la plupart des décès étaient bien les sages-femmes et les médecins généralistes (Declercq and Lacroix, 1985; King, 1991; Reagan, 1995). Et l'analyse essaya en effet de déterminer si c'était l'attitude du médecin, de la sage-femme, ou de la parturiente ou même de sa famille, qui en avait été la cause. Le résultat de la première analyse des causes de décès montra que près des deux tiers de ces décès (66%) auraient pu être empêchés¹² « *if the care of the woman had been proper in all respects* » (Porges, 1985). Pire, peut-être, l'enquête révéla que 61% des 1343 décès évitables devaient être imputés aux médecins (utilisation abusive d'anesthésiques généraux, accouchements instrumentaux injustifiés - et particulièrement les césariennes -, etc.) ; le comportement des parturientes n'était tenu pour responsable que de 37% des décès et les sages-femmes de 2%.

Les résultats des enquêtes autour des décès maternels n'ont cependant pas modifié l'opinion des autorités américaines : pour réduire la mortalité maternelle il fallait que toutes les femmes accouchent dans les hôpitaux, avec des médecins obstétriciens, plutôt qu'à domicile avec des sages-femmes¹³.

¹² Un membre du *Joint Committee on Maternal Welfare* suggéra même le chiffre de 85% (King, 1991).

¹³ Et pourtant, une pionnière, Mary Breckinridge, avait prouvé dès 1925 qu'un réseau de sages-femmes bien formées et toujours disponibles pouvait offrir un service de haute qualité. Dans la zone rurale du Kentucky qu'elle desservait, elle a pu abaisser en 12 ans les ratios de mortalité maternelle à 68 pour 100.000 naissances vivantes alors qu'ils étaient de l'ordre de 800 à 900 pour 100.000 naissances vivantes dans la ville de Lexington où c'est pourtant un médecin qui pratiquait les accouchements, à l'hôpital (Loudon, 1988).

Les succès dépendent d'une synergie entre facteurs techniques et politiques

Les différences de vitesse de réduction de la mortalité maternelle ont donc été fonction non pas de l'existence des techniques (même s'il s'agit d'une condition), mais de leur implantation réelle dans le pays. Cette couverture a dépendu de la volonté des décideurs de prendre en charge le problème, de la stratégie qu'ils ont choisie pour mettre ces techniques à disposition des populations, et de la vigueur avec laquelle ils ont poursuivi cette mise en place. Les variations des ratios de mortalité maternelle entre pays industrialisés au début du siècle peuvent être expliquées, certainement pour une grande partie, par la rigueur avec laquelle les connaissances et les techniques ont été appliquées.

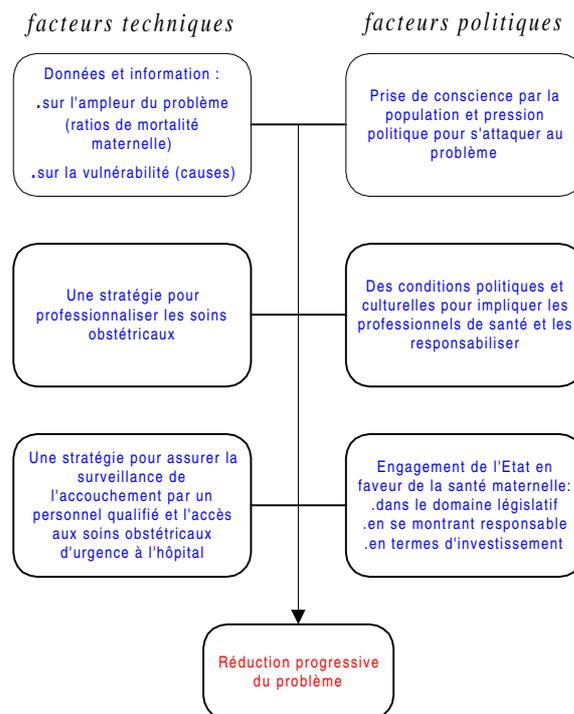
Ce qui est parfois sous-estimé, et qui n'est pas sans pertinence pour la situation des pays en voie de développement à l'heure actuelle, c'est que le débat sur la mortalité maternelle n'a pas été, pendant la période de décroissance des ratios dans le monde occidental, une affaire des seuls médecins ou administrateurs. Dans différents pays occidentaux, au début du XX^e siècle et jusqu'à la fin des années 1930, des comités de lutte contre la mortalité maternelle ont été mis en place, des associations se sont constituées, parfois médicales, parfois populaires. La mortalité maternelle était un sujet de débat public qui était régulièrement ravivé dans les journaux et les magazines.

Enfin, cette pression s'est traduite par le vote de lois - pas nécessairement pertinentes ou efficaces - et par l'allocation de fonds pour combattre la mortalité maternelle jugée par l'ensemble des acteurs comme trop importante.

On peut structurer cet ensemble d'éléments (Figure 6) en mettant en évidence pour chaque développement technique (partie gauche) le contexte politique (partie droite) qui a permis la réalisation de la stratégie choisie ou l'utilisation des informations.

C'est probablement cet ensemble d'éléments¹⁴ qui a permis aux pays industrialisés d'atteindre en quelques années (de 1937 à 1960) des ratios de mortalité maternelle de moins de 40/100.000 en 1960. Et ce, que leur politique ait été de promouvoir les accouchements à l'hôpital (comme aux Etats-Unis) ou à domicile (comme aux Pays-Bas).

FIGURE 6. ELEMENTS HISTORIQUES AYANT CONTRIBUE A LA REDUCTION PROGRESSIVE DE LA MORTALITE MATERNELLE EN OCCIDENT



¹⁴ engagement et responsabilisation des professionnels de santé et de l'Etat grâce à une meilleure connaissance des causes de mortalité (Baird, 1960), associés à l'avènement de technologies efficaces juste avant ou durant la deuxième guerre mondiale - césarienne, antibiothérapie et transfusion sanguine - et à une couverture progressive de l'ensemble de la population

Les goulots d'étranglement dans les pays en développement

Dans les pays en développement, le transfert des technologies telles l'antibiothérapie, la transfusion sanguine ou la césarienne segmentaire basse, s'est opéré sans grand délai par rapport au monde occidental. Ce transfert n'a cependant pas eu un effet comparable à celui observé dans les pays industrialisés. Cette faible efficacité du transfert des technologies tient bien entendu au niveau de développement global des pays. Mais les extrêmes disparités - même parmi les pays très pauvres - montrent que cela tient aussi au choix des stratégies mises en place, ainsi qu'au contexte socio-politique dans lequel ces choix ont été faits.

Une prise de conscience tardive

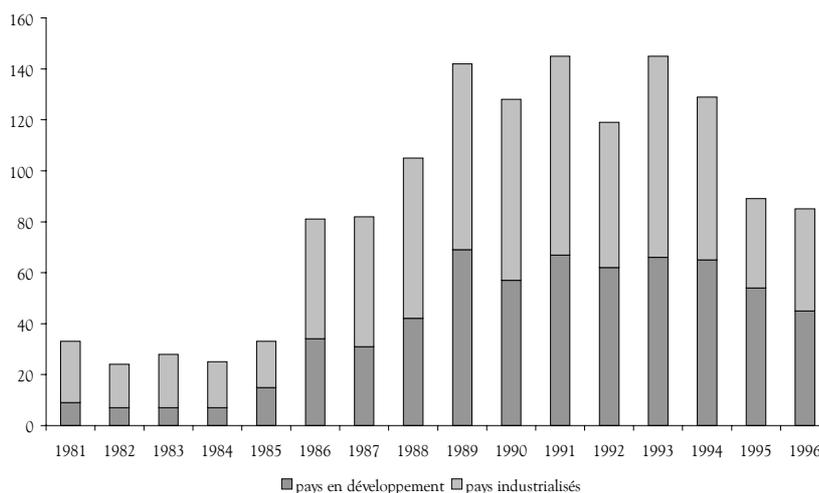
Dans la quasi-totalité des pays en voie de développement, la couverture de l'enregistrement des naissances et des décès par l'état civil est incomplète. Aucune statistique de routine ne permet de produire des chiffres de morts maternelles pour l'ensemble de la population. RoCHAT (1981) a montré qu'en 1977, sur 162 pays, seulement 66 fournissaient des données (incomplètes) sur la mortalité maternelle: en Afrique, seulement 5 sur 52; en Asie, 13 sur 43 et en Amérique Latine, 19 sur 31. Les seules informations sur la mortalité maternelle dans les pays en développement venaient des études ou des statistiques hospitalières (Kwast, 1988).

Si la situation était mal connue, elle n'en était pas moins grave. Au début des années 1950, alors que les ratios de mortalité maternelle étaient en moyenne de 100 pour 100.000 nais. viv. dans les pays industrialisés, les quelques mesures faites dans les pays en développement (principalement en Asie et en Amérique Latine) montraient des ratios de l'ordre de 300 à 400 pour 100.000 nais. viv.: un écart de l'ordre d'un facteur 3 à 4 (Rosa, 1981). Fin des années 1960, les ratios sont de l'ordre de 30 pour 100.000 n.v. dans les pays industrialisés, et ceux des pays en développement où on les a mesurés (Thaïlande, par exemple) de l'ordre de 300 pour 100.000 n.v. Les écarts

se creusent: les ratios sont maintenant dix fois plus importants dans les pays en développement (Rao, 1981; Rosa, 1981). Ce n'est qu'en 1985 - alors que ces chiffres étaient déjà disponibles fin des années 1970 - que le monde scientifique prend conscience que les estimations des ratios de mortalité maternelle dans les pays en développement seraient de l'ordre de 20 à 100 fois plus importants dans certains pays en développement (Malher, 1987 ; Rosenfield, 1992), et que le risque (cumulé) pour une femme de mourir lors de grossesse serait de l'ordre de 55 à 400 fois plus important dans ces pays (WHO, 1986). Ces informations donnent probablement encore une vision trop optimiste de la situation, dans la mesure où c'est là où les problèmes sont les plus graves que l'information est la moins disponible.

Une exploration de la base de données Medline montre qu'avant 1985, le nombre annuel moyen d'articles consacrés à la mortalité maternelle dans les pays en développement restait inférieur à dix. D'une façon générale, la mortalité maternelle est restée très peu explorée ces vingt dernières années, particulièrement dans les pays en développement (Figure 7).

FIGURE 7. ARTICLES^a CONSACRES A LA MORTALITE MATERNELLE



^a Revue Medline : le mot-clé était « maternal mortality ». La lecture systématique des résumés a permis de séparer les articles concernant la mortalité maternelle dans les pays en développement de ceux concernant les pays industrialisés. Le mois de décembre 1996 n'est pas inclus.

Une chose est certaine: avant la fin des années 1980, la mortalité maternelle ne défraye pas la chronique, alors qu'elle est sans doute d'un ordre de grandeur comparable à celui qui a causé une pression politique importante en Suède au XIX^e siècle et en Angleterre au début du XX^e siècle. Ce retard dans l'appréciation des écarts peut être intéressant à analyser. Plusieurs facteurs interviennent.

Il est partiellement dû à ce que Graham appelle le «piège de la mesure» (Graham and Campbell, 1992). Il s'avère que les enfants de moins d'un an courent un risque beaucoup plus fréquent de mourir que les mères, lorsqu'on mesure les quotients ou les ratios de mortalité. Les ratios de mortalité maternelle n'expriment en effet un risque que pour une grossesse à la fois, et non par rapport à l'ensemble des grossesses de la mère.

On peut aussi l'expliquer par un biais culturel. Le problème de la mortalité maternelle ayant pratiquement disparu dans le monde développé, les techniciens du développement n'ont même pas songé à s'y intéresser dans les pays en développement. D'autre part, le système de valeurs, formel, dans le monde occidental, accorde en général beaucoup plus d'importance à la vie d'un enfant. Jusqu'à présent, beaucoup plus de ressources ont été accordées à la survie de l'enfant qu'à la santé maternelle¹⁵ (Mann, 1995).

Enfin, il est possible aussi que les bailleurs de fonds se soient rendu compte précocement qu'il était plus facile d'avoir un impact sur la mortalité des enfants que sur celle des mères ; la mortalité infantile est en effet relativement vulnérable à un ensemble de programmes verticaux (Walsh and Warren, 1980), sans que pour autant l'effet de ces programmes ne se prolonge nécessairement dans le temps (Kasongo Project Team, 1981).

Si le monde des scientifiques et des planificateurs a tardé à se rendre compte de cette réalité, il en a été de même pour les professionnels de la santé.

Il n'y a pas eu, dans les pays en développement, de groupes de pression des professionnels de la santé comparables à ce qui a existé au début du XX^e siècle en Angleterre et aux États-Unis. Il n'y a pas non plus de tradition

¹⁵ En 1990, l'Initiative pour une Maternité sans Risque a reçu moins de 0,1% de l'aide accordée aux programmes Santé et Population (Mann, 1995).

chez les professionnels de se sentir redevables de leurs actes vis-à-vis de la population. Les spécialistes au niveau des grands hôpitaux des capitales, se définissent et se responsabilisent par rapport à la demande de soins présentée par les malades individuels, non par rapport aux problèmes tels qu'ils se présentent dans la communauté. Ils ne s'occupent donc pas des faux négatifs qui n'arrivent pas à l'hôpital. Pour les praticiens au niveau des hôpitaux de district, les priorités sont multiples et le manque de ressources mène rapidement à un certain fatalisme. La rareté relative du nombre de décès (Rosenfield, 1989) en fait un problème sous-estimé, d'autant plus que la plupart des décès surviennent en dehors du milieu hospitalier.

En net contraste avec la cécité sélective des professionnels de la santé, les populations ont toujours perçu la mortalité maternelle comme un problème prioritaire. Il est vrai que le nombre annuel de mères qui meurent chaque année dans un district donné, ou dans un pays donné, est relativement faible: la mortalité maternelle est peu visible. Ce n'est que sur la durée de vie d'une femme que l'on perçoit mieux l'importance du risque. Cela n'empêche que chaque cas de décès maternel est perçu souvent comme plus grave qu'un décès infantile (Walsh *et al.*, 1993). Non seulement parce qu'il met en danger la survie des enfants de cette mère mais aussi parce que la mort d'un adulte est un événement vécu comme plus grave. Il y a une demande pour préserver les mères d'un risque de mort maternelle ; elle s'exprime par les nombreux tabous qui entourent la grossesse (Chen, 1981 ; Sargent, 1989) et souvent très concrètement par la demande aux services de santé de construire en priorité une maternité de village. Ce n'est que l'inaccessibilité des structures de soins obstétricaux d'urgence, ou leur inacceptabilité (Sundari, 1992; Jaffré and Prual, 1994), qui empêche la communauté de s'y rendre: cela contribue ultérieurement à cacher l'étendue du problème aux prestataires de soins.

Il y a donc en quelque sorte un déphasage entre les priorités perçues par la population et les priorités des décideurs au niveau du pays. Or, la perception du problème par la population, sans que cela ne soit répercuté par les techniciens et les autorités médicales, n'a de toute évidence pas suffi à elle seule à faire pression sur les décideurs politiques. Ce déphasage concerne autant l'étendue du problème (subjectivement grave pour la population, méconnue en termes de chiffres et de vécu pour les décideurs), qu'en ce qui

concerne les déterminants et les circonstances des décès (problème d'accès pour les populations, problème technique pour les professionnels). Cette méconnaissance de la nature de la problématique par les décideurs les a amenés à l'élaboration de stratégies naïves, qui, pour autant qu'elles aient effectivement été mises en place, n'ont pas réussi à obtenir des résultats.

Des stratégies inadéquates

Quelles ont été les stratégies promues pour lutter contre la morbidité et la mortalité maternelles ? Le «paquet d'interventions» a été sensiblement le même depuis le début des années 1950 où il a été défini par le premier comité d'experts de l'OMS: consultation prénatale et éducation des mères (OMS, 1952). A la fin des années 1960, lorsque les contraceptifs oraux furent plus largement diffusés, la planification familiale a été ajoutée de façon systématique.

Il faut se rendre compte que ces moyens de lutte étaient surtout dirigés vers une meilleure survie de l'enfant. La décentralisation des soins maternels était envisagée comme fer de lance d'une amélioration de la couverture des soins destinés à promouvoir la survie de l'enfant. Ces soins pouvaient être délégués aux infirmiers polyvalents en charge des services de santé de premier échelon.

Il n'y a donc pas eu de stratégie de professionnalisation des soins obstétricaux par un réseau de sages-femmes qualifiées, comme on a pu l'observer dans les pays occidentaux. Au début des années 1960, la toute grande majorité des pays africains et asiatiques avaient un ratio de sages-femmes qualifiées inférieur à 1/5.000 habitants (International Federation of Gynaecology and Obstetrics and International Confederation of Midwives, 1966). A la fin des années 1980, ces nombres ne sont pas vraiment plus élevés et beaucoup de pays d'Afrique Sub-Saharienne ont des ratios de l'ordre de 1/30.000 et même parfois de 1/300.000 (Kwast, 1991). Il semble qu'il y ait eu une résistance à former des sages-femmes. Et même lorsque la moyenne du pays est d'un niveau raisonnable, les disparités entre milieu urbain et milieu rural sont souvent importantes.

Le problème en effet ne réside pas seulement dans la quantité de profes-

sionnels à former, les conditions politiques et culturelles nécessaires à une culture de qualité et à une déontologie autonome n'ont pas été réunies. Au Niger, Jaffré (Jaffré and Prual, 1993) a montré que le comportement des sages-femmes, dont l'identité sociale était fort différente de celle des consultantes, était une des causes de dysfonctionnement des services de santé maternels à Niamey, et de conflits fréquents avec les parturientes. L'implantation des techniques obstétricales modernes dans un environnement culturel spécifique n'est pas quelque chose de spontané ; mais en général, les programmes de formation ne s'occupent pas de ce problème (Hours, 1985 ; Jaffré and Prual, 1994).

Quoi qu'il en soit, dans la plupart des programmes de santé maternelle des pays en développement, la consultation prénatale avec la contraception sont restés les éléments de base incontestés du programme de protection maternelle. Plus tard, dans les années 1970, la formation et la promotion des accoucheuses traditionnelles a constitué le deuxième axe stratégique de la lutte contre la mortalité maternelle. Ces deux stratégies, extension de la couverture prénatale et formation des accoucheuses traditionnelles, se sont révélées illusoire pour diminuer la mortalité maternelle dans les pays du tiers monde.

LA CONSULTATION PRENATALE

Le développement de l'outil

L'histoire de la consultation prénatale moderne semble débiter, en Occident, au début du siècle. Les Britanniques en attribuent la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 (Oakley, 1984) et les Américains à leur *Instructive District Nursing Association* du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 (Kessel, 1987). C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale est mis au point par le Ministère de la Santé du Royaume-Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique est ajoutée ou remplace une autre jugée dépassée. Ses principes sont les suivants (Oakley, 1984):

1. prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;

2. détecter et traiter la toxémie ;
3. prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
4. diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
5. assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénatals ;
6. reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la consultation prénatale est remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminue pas. F. Neon Reynolds dans une lettre au *Lancet* (29 décembre 1934) précisait même que « *80 per cent of maternal deaths were due to conditions (sepsis, haemorrhage, shock) not detectable antenatally* ». La réponse n'a pas été un essai clinique randomisé. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a été qu'on n'avait pas donné sa chance (« *a fair trial* ») à la consultation prénatale. Les arguments invoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient: « (1) *an insufficient proportion of the pregnant population attending for antenatal care* ; (2) *not enough antenatal visits* ; (3) *an inadequate standard of care* » (Oakley, 1984). Il est vrai qu'en 1935 en Angleterre, la proportion de femmes ayant suivi au moins une consultation prénatale est en moyenne de 50% (73% dans les villes et 17% en milieu rural).

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale est devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité (Lawson and Stewart, 1967). L'inférence aux pays en développement était considérée raisonnable en dépit du fait qu'aucune étude épidémiologique n'avait été menée dans ce contexte. Les livres d'obstétrique des années 1960-70, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, contribuent à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels (Lawson and Stewart, 1967; King, 1970; Van der Does and

Haspels, 1972; Ross, 1977; Philpott, 1979). C'est durant la même période que progressivement sont mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (*risk scoring system*) (Nesbitt and Aubry, 1969).

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait «*Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque*» (OMS, 1978) et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel, «*L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*» (Backett et al., 1984).

Les années 1980 - à part quelques remises en question sporadiques (Chng et al., 1980; Hall et al., 1980; Oakley, 1984) - furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme appelé «*risk approach*». Il ne s'agissait pas à proprement parler d'un nouveau paradigme mais la nouveauté résidait dans la mise au point de méthodes de quantification du risque. Cette approche devait, «*par la mesure exacte de la probabilité avec laquelle un événement futur du domaine de la santé ou de la maladie a de se produire*» (Backett et al. 1984), permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés. Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décision pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décision programmatique. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier (coûteux en argent et en ressources humaines).

Les bases de l'approche de risque

Le concept de risque élevé provient de l'observation du fait que le risque de mourir ou d'avoir des séquelles n'est pas distribué de manière égale, ni au hasard, dans la population des femmes enceintes et de leurs bébés. La majorité des femmes accouchent sans séquelles et leurs bébés sont bien portants. Une petite proportion de ces femmes et de ces enfants aura des problèmes.

Toute la question est de savoir s'il est possible d'identifier¹⁶ ces femmes avant que l'événement fatal ne survienne et s'il est possible d'empêcher l'événement fatal (et comment). L'approche de risque est basée sur une réponse positive à cette question: certaines femmes ont en effet un risque plus élevé d'avoir des problèmes, et on peut identifier les caractéristiques ou «facteurs de risque» (liés à un problème biologique ou à l'environnement ou bien les deux) qui permettent de discriminer les femmes qui ont un risque plus élevé de celles qui ont un risque moins élevé. Bien entendu, du point de vue éthique, cela n'a de sens que si on peut empêcher ce risque de se transformer en problème, en d'autres termes que les risques soient identifiables avant que l'événement qu'ils prédisent ne survienne. La question suivante est de savoir s'il est possible, facile, pas trop coûteux de discriminer les vrais positifs (les femmes qui auront un problème durant leur grossesse ou à l'accouchement) des vrais négatifs (celles qui n'auront pas de problèmes).

Dans l'exemple de Backett (Figure 8 et Figure 9), les catégories peuvent être présentées sous forme de tableau à double entrée (Tableau 3).

¹⁶ Cela dépendra de la capacité des marqueurs de risque à prédire les résultats futurs et de l'habileté des utilisateurs de la stratégie à établir de manière fiable les scores des marqueurs (Hayes, 1991).

FIGURE 8. LE DEPISTAGE DU RISQUE: POINTS EXTREMES SUR UNE VARIABLE CONTINUE (SOURCE: BACKETT ET AL., 1984).

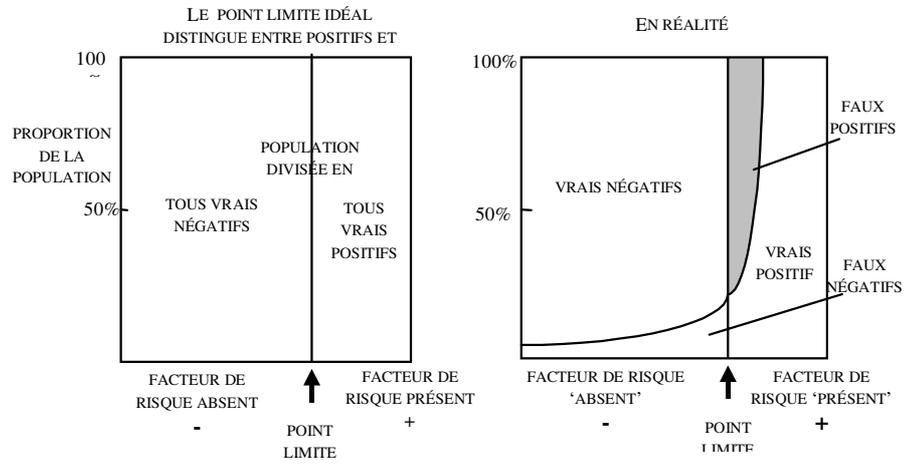


FIGURE 9. LE DEPISTAGE DU RISQUE: DOSAGES ENTRE FAUX POSITIFS ET FAUX NÉGATIFS (SOURCE: BACKETT ET AL., 1984).

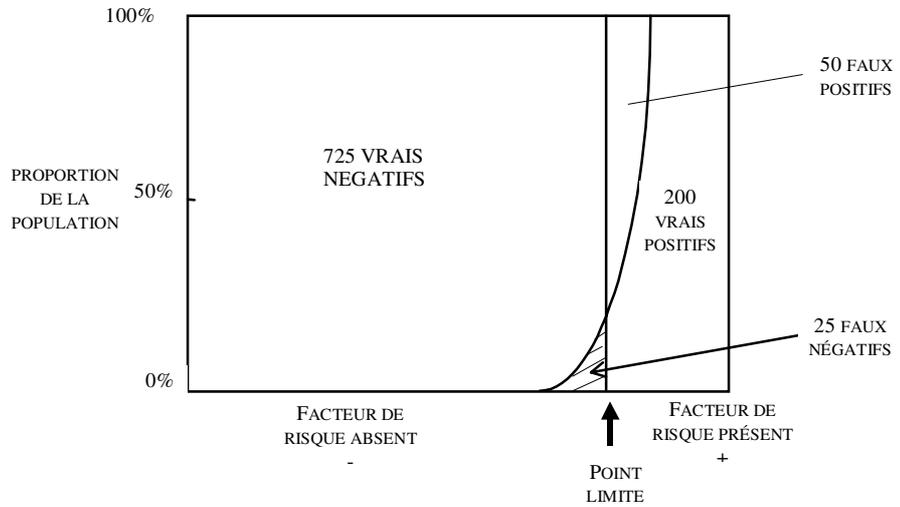


TABLEAU 3. BILAN DES FAUX POSITIFS ET DES FAUX NEGATIFS DANS L'UTILISATION DES FACTEURS DE RISQUE EN MEDECINE PREVENTIVE (SOURCE: BACKETT ET AL., 1984).

	Issue défavorable	Issue favorable	total
Facteur de risque présent	200 vrais positifs	50 faux positifs	250
Facteur de risque absent	25 faux négatifs	725 vrais négatifs	750
Total	225	775	1000

Cela signifie une prévalence du problème de 22,5% (225/1.000), une sensibilité de 89% (200/225), une spécificité de 94% (725/775) et une valeur prédictive positive de 80% (200/250). Il n'existe aucun problème de santé maternelle qui, pris isolément, donne une issue défavorable dans 22,5% des cas. L'ensemble des problèmes de santé maternels « non provoqués » entraîne au maximum un décès maternel dans environ 1 à 2% des grossesses et un décès périnatal dans environ 10% des cas. Chacun des problèmes, pris isolément, a une prévalence plus faible et, de ce fait, les facteurs de risques ont une plus faible valeur prédictive de les détecter.

L'exemple devenu classique est celui de la prédiction du travail bloqué sur base du facteur de risque « mauvaise histoire obstétricale » chez les femmes qui ont déjà eu un enfant à Kasongo (Kasongo Project Team, 1984). Cette étude avait été conçue pour analyser l'efficacité des critères de risque dans la détection des accouchements à problème, dans une situation de pays pauvre où le dépistage est réalisé par des infirmiers auxiliaires. L'intérêt majeur de cette étude était qu'elle comparait les coûts en termes de nombres de femmes chez qui le risque était présent (et qui étaient invitées à se rendre à l'hôpital pour accoucher) à l'efficacité en termes de sensibilité du critère. Pour cela, il fallait mener une étude prospective sur l'ensemble de la population de femmes enceintes dans une aire donnée (pour éviter un biais de sélection), et avoir un minimum de « non répondants » dans le suivi des femmes après l'accouchement. L'étude du coût-efficacité de chaque critère a montré que le plus efficace était, pour les multigestes, la « mauvaise histoire obstétricale » lorsque c'était la vie de la mère qui était menacée. L'étude avait aussi montré à quel point la sensibilité de ce signe restait basse.

La prévalence du diagnostic travail bloqué était de 1,4% (51 cas ayant nécessité une césarienne parmi les 3.614 multigestes). La sensibilité du cri-

tère « mauvaise histoire obstétricale » pour détecter un travail bloqué était de 29% (15/51) et sa valeur prédictive positive d'environ 10% (15/156). Et pourtant le risque relatif est de 9,2, signifiant qu'une femme qui a une « mauvaise histoire obstétricale » a 9,2 fois plus de (mal)chances d'avoir un travail bloqué. Le rendement du dépistage est tellement bas qu'il n'est même pas possible de représenter graphiquement l'exemple de Kasongo comme dans la Figure 9. Il y a en effet moins de vrais positifs (15) que de faux positifs (141) ou de faux négatifs (36) et beaucoup moins de ces trois catégories que l'ensemble de vrais négatifs (3.422), pour ce critère. Le risque relatif n'est donc pas un outil efficace, à l'échelle de l'ensemble de la population des femmes enceintes, en raison du grand nombre de faux positifs (augmentation du coût) et de faux négatifs (diminution de l'efficacité).

TABLEAU 4. PREDICTION DU TRAVAIL BLOQUE PAR LE FACTEUR DE RISQUE « MAUVAISE HISTOIRE OBSTETRICALE » A KASONGO (SOURCE: KASONGO PROJECT TEAM, 1984)

	Travail bloqué	Travail non bloqué	total
mauvaise histoire obstétricale	15	141	156
pas de mauvaise histoire obstétricale	36	3.422	3.458
total	51	3.563	3.614

La valeur prédictive pourrait cependant s'avérer utile pour une population plus réduite qui présente le critère. Par exemple, si parmi 1.000 nullipares, 100 ont une taille inférieure à 150 cm et que, parmi ces dernières, la proportion de travail bloqué est quinze fois plus importante que chez les nullipares dont la taille est supérieure ou égale à 150 cm, il serait dommage de ne pas conseiller à ces femmes d'aller accoucher près de l'hôpital, même si seulement 15% d'entre elles auront réellement un problème, et même si ces 15 femmes ne représentent qu'un quart de l'ensemble des femmes qui auront un travail bloqué. A ce niveau, on peut jouer un peu plus avec le critère, selon l'équilibre que l'on veut entre faux négatifs et faux positifs. On pourrait par exemple augmenter la spécificité du signe et descendre le critère « petite taille » à 147 cm. Nous aurions alors une meilleure valeur

prédictive (par exemple 40%), mais nous perdriions en sensibilité¹⁷. A ce niveau, on peut se demander d'ailleurs s'il s'agit toujours d'un *risque* ou bien s'il ne s'agit pas ici d'un *problème* évident qu'il serait possible d'objectiver d'une manière plus claire. Mais nous en sommes revenus à l'évaluation individuelle du risque.

La définition du risque et du facteur de risque n'est d'ailleurs pas si simple. Les critères utilisés pour identifier les femmes à haut risque peuvent être basés sur deux classifications (Phuapradit *et al.*, 1990):

1. Relations entre les facteurs de risque et leurs conséquences négatives; elles peuvent être de trois ordres:
 - ✓ causative, stimulant du processus pathologique (par exemple: malnutrition maternelle et faible poids de naissance, placenta praevia et mort foetale par anoxie, ou rubéole au premier trimestre et malformations congénitales).
 - ✓ contributive, (par exemple la grande multiparité prédispose à la position transverse ou au prolapsus du cordon.)
 - ✓ prédictive, ou associative (par exemple, une femme qui a eu un avortement spontané lors d'une première grossesse a une plus grande probabilité d'avoir un avortement lors de sa deuxième grossesse qu'une autre qui n'avait pas avorté lors de sa première grossesse).

2. Conditions biologiques, médicales et sociales. Ceci inclut les facteurs de risque:
 - ✓ biologique (âge, rang de naissance, intervalle de naissance);
 - ✓ nutritionnel (taille, poids, gain de poids);
 - ✓ utilisation des services de santé (consultations prénatales);
 - ✓ complications de la grossesse (anémie, hypertension, diabète, saignement antenatal, jumeaux, présentation anormale);
 - ✓ problèmes sociaux: charge de travail, aide appropriée à l'accouchement.

¹⁷ La taille de la mère, comme la vaste étude multicentrique organisée par l'OMS le suggère, n'est malheureusement pas un facteur de risque très efficace pour identifier des problèmes maternels à l'accouchement (Kelly *et al.*, 1996).

Une telle classification des risques mélange les concepts de *problème de santé* et de *facteur de risque*. L'anémie sévère, les maladies sexuellement transmissibles, les pertes de sang ou le diabète sont des problèmes de santé, éventuellement des complications de la grossesse, ou des problèmes compliqués par la grossesse, alors que l'âge, la taille (sauf quand elle est évidemment le résultat d'une maladie), le poids, l'histoire obstétricale ou la multiparité sont des facteurs de risque. La sensibilité des tests destinés à la sélection des facteurs de risque est généralement basse alors que celle des tests destinés à la sélection des complications est élevée (Rohde, 1995).

Une stratégie peu efficiente et peu efficace dans le contexte des pays du tiers monde

Toutes ces considérations sur les valeurs prédictives, les sensibilités et spécificités des facteurs de risque pris isolément, ou regroupés en systèmes de scores, ont été explicitement formulées par les concepteurs de l'approche de risque et par les épidémiologistes de la santé maternelle en général (Backett *et al.* 1984; Golding and Peters, 1988). L'étude de plus en plus systématique des interventions en santé publique en s'aidant d'une méthodologie d'essai clinique randomisé a fait prendre conscience de l'absence d'étude de validité, ou tout simplement du peu de validité des habitudes prises depuis près de 70 ans dans le domaine de la santé maternelle. Cette prise de conscience a actuellement pour effet de mettre en doute l'utilité de la consultation prénatale, en tant qu'outil de dépistage à un niveau programmatique (Fortney, 1995). Si les systèmes de mesure du risque ne sont pas efficaces pour définir les besoins dans le domaine de la santé maternelle, que peuvent utiliser les pays en développement pour tenter de répartir leurs maigres ressources de manière rationnelle ? « *L'efficacité d'un système de cotation des risques dans son sens le plus étroit se mesure par l'aptitude du système à distinguer entre les femmes à haut et à bas risque, autrement dit par sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive positive. Cependant, pour que cela constitue une stratégie de santé publique efficace, il y a encore d'autres conditions à remplir: le dépistage primaire doit concerner toute la population; le dépistage doit inclure les grandes causes de morbidité et de mortalité; lorsque le dépistage fait apparaître un risque accru, des mesures appropriées (envoi à l'échelon supérieur de recours ou autres) doivent être prises; il faut qu'il existe des services adéquats à l'échelon de recours; les femmes à risque doivent pouvoir atteindre l'établissement de recours, et avoir*

la motivation voulue pour ce faire. » (Rooney, 1992)

Conceptuellement, l'approche du risque appliquée à un individu reste valide. Les Pays-Bas ont largement démontré depuis des années qu'il est possible de discriminer les femmes à haut risque de celles qui ont un faible risque, permettant ainsi le choix du lieu d'accouchement le plus agréable pour la future maman tout en assurant les taux de mortalité maternelle et périnatale parmi les plus bas d'Europe (Akrich and Pasveer, 1996). La clé du succès néerlandais ne tient pas seulement à l'identification rigoureuse des femmes à faible risque de complication obstétricale avant l'accouchement (Springer and Van Weel, 1996) mais aussi, et peut-être surtout, à l'évaluation continue du risque durant le travail¹⁸ par un corps de sages-femmes hautement compétentes. Malheureusement, très peu de pays en développement possèdent une infrastructure suffisante (transports, densité hospitalière) pour promouvoir «en toute sécurité» l'approche de risque comme stratégie.

Au début des années 1990, soit une dizaine d'années après la diffusion de l'approche de risque comme stratégie de réduction de la mortalité maternelle, l'Organisation Mondiale de la Santé diffusait le fameux rapport Rooney « *Soins prénatals et santé maternelle: étude d'efficacité* » (Rooney, 1992). Ce rapport constate très officiellement que l'on sait finalement très peu de choses sur l'efficacité des procédures que l'on préconise dans la consultation prénatale: « *la performance des programmes basés sur l'approche de risque a été remise en question, particulièrement là où les ressources sont rares [...]. Il est possible que l'approche de risque permette aux agents de santé de reconnaître les femmes qui ont besoin de soins particuliers pendant leur travail et leur délivrance, mais cela demande à être soigneusement évalué. On ne sait pas bien à l'heure actuelle ce que donne en pratique ce système dans les pays en développement, et il faudrait mener d'urgence des études à grande échelle bien conduites enregistrant les résultats tant pour les femmes que pour les enfants.* »¹⁹. Depuis lors, les avis sont devenus plus tranchés. Certains auteurs ont même proposé de ne plus

¹⁸ Ces sages-femmes suivent rigoureusement un protocole d'évaluation du risque, appelé Kloostermanlijst du nom de son concepteur, pour décider la référence. Ce protocole est régulièrement évalué et mis à jour (Werkgroep bijstelling Kloostermanlijst, 1987 and 1987a).

¹⁹ Rooney, 1992, p. 16

prendre en considération les facteurs de risque.

A la place, ils ont préconisé de promouvoir le dépistage le plus précoce possible des complications (à la consultation curative) et l'éducation des femmes à reconnaître ces complications. A condition bien entendu qu'elles prennent la décision de se rendre dans un service équipé pour les urgences obstétricales (Maine *et al.* 1991; Bhatia, 1993; Yuster, 1995 ; Rohde, 1995; Akalin and Maine, 1995).

Cette vision de la consultation prénatale réduite à un outil de prédiction du risque omet un certain nombre de rôles de la consultation prénatale: éducation, information, dépistage des troubles tensionnels de la grossesse et traitement (au premier niveau de recours) de la prééclampsie grave, dépistage et traitement de certaines infections génito-urinaires asymptomatiques, prévention de problèmes potentiels (tétanos néonatal, malaria) traitement des problèmes existants (infection urinaire, malaria, anémie, etc.) (Rooney, 1992; Acharya, 1995; McDonagh, 1996).

Dans une perspective plus large de la santé maternelle (et pas seulement le dépistage des risques de mortalité maternelle), offrir une consultation qui s'occupe de façon privilégiée de la grossesse et des problèmes simplement psycho-affectifs qui y sont liés peut être considéré comme important pour une population. De plus, au niveau de l'hôpital, le fait d'avoir une information individuelle sur le déroulement de la grossesse peut être important pour la prise de décision (contexte socio-économique, familial, traitements suivis, épisodes de maladie, etc.). Enfin, il ne faut pas sous-estimer non plus l'effet d'une relation de confiance créée entre le praticien et les parturientes à l'occasion des consultations prénatales: son potentiel n'est pas négligeable dans la motivation des femmes à se rendre quand même à l'hôpital en cas de problème pour lequel elles ont reçu l'information que cela pourrait être grave (Van Lerberghe and Pangu, 1988a). Mais dans tout ce débat, l'essentiel a peut-être été perdu de vue. Offrir une consultation prénatale n'a de sens que si des mesures sont possibles, et prises, pour permettre l'évacuation des femmes en cas d'urgence. L'important est que lorsqu'un problème grave se présente, la femme enceinte puisse avoir accès à un service de santé équipé de façon appropriée. Cette accessibilité à une source de soins obstétricaux doit bien entendu être géographique mais elle doit être aussi financière, culturelle et

psycho-sociale. Dans bon nombre de pays en développement, les hôpitaux sont sous-utilisés par la population proche. A Bamako (Mali), dans un quartier de la ville, les ratios de mortalité maternelle étaient supérieurs à 325 pour 100.000 naissances vivantes et les taux de césarienne inférieurs à 1% (Etard *et al.* 1996).

En définitive, ce qui permet de sauver la vie de la mère dans la majorité des cas, c'est l'accès à un premier échelon de recours correctement équipé et dont le personnel a les compétences requises pour réaliser des interventions chirurgicales d'urgence. Etablir un réseau d'établissements de premier recours de bonne qualité est donc une priorité. Cela dépasse les prérogatives d'un programme (vertical) de prévention et de promotion de la santé maternelle et infantile. Il s'agit du développement du système de santé dans son ensemble.

Dans ce sens, la consultation prénatale seule n'est pas une technologie efficace. Dans l'état actuel de nos connaissances, baser une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle sur la consultation prénatale, sans s'appuyer sur les soins obstétricaux de premier (sage-femme) et de deuxième niveau (obstétricien et bloc opératoire), est une illusion.

LES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES

En parallèle à la promotion des consultations prénatales - essentiellement une stratégie basée sur une vision traditionnelle de soins préventifs professionnels - on a également voulu améliorer les conditions des accouchements en formant les accoucheuses traditionnelles.

Le développement de la stratégie

L'observation de base qui légitima pendant longtemps la décision de former ces accoucheuses traditionnelles était la suivante: le personnel de santé professionnel, actuellement et dans un avenir plus ou moins proche, est en nombre insuffisant pour offrir des soins maternels (Walt, 1993). Par ailleurs, il n'y a pas non plus assez de lits ni de personnel au niveau des hôpitaux pour absorber la charge de travail qui résulterait de l'éventuel accès de toutes les femmes pour accoucher à l'hôpital (Favin *et al.* 1984). Or, les accoucheuses traditionnelles existent, font des accouchements (la majorité en milieu rural), sont accessibles et d'un niveau culturel acceptable ; elles in-

fluencent aussi la décision des mères de se rendre dans les services de santé (Begum, 1987). Le problème, tel que défini, est que leur compétence technique n'est pas adéquate. La solution est de les former aux méthodes modernes d'accouchement.

La formation des accoucheuses traditionnelles a commencé dans certains pays il y a bien longtemps: en 1921 au Soudan, au début des années 1950 en Inde, en Thaïlande et aux Philippines (Bayoumi, 1976; Mangay-Maglacas, 1990). Dans les années 1970, l'idée de former systématiquement les accoucheuses traditionnelles dans les pays en développement commence à émerger. En 1970, lors d'un séminaire interrégional organisé en Malaisie par l'OMS, il fut recommandé d'entamer une large étude internationale sur les caractéristiques des personnels qui s'occupent de santé maternelle, y compris les accoucheuses traditionnelles, pour améliorer la qualité des données disponibles pour la planification des programmes de santé maternelle (Lourdes Verdese and Turnbull, 1975). C'est en 1972 qu'une telle étude fut décidée. Ses recommandations encourageaient la préparation d'un guide qui puisse donner aux pays les lignes directrices utiles pour l'élaboration de stratégies devant conduire à l'utilisation et l'instruction des accoucheuses traditionnelles. Fin des années 1970, la stratégie des soins de santé primaires promouvait la mobilisation communautaire; former les accoucheuses traditionnelles semblait parfaitement entrer dans ce mouvement d'autonomisation (traduction du terme *empowerment*) de la communauté (Araujo and Oliveira, 1982). Des dizaines de milliers d'accoucheuses traditionnelles sont alors formées, principalement en Asie et en Amérique Latine, mais aussi en Afrique (Chen, 1981). Avec l'avènement de l'approche de risque, l'espoir était même que ces accoucheuses traditionnelles puissent faire des consultations prénatales (Estrada, 1983; Favin *et al.*, 1984; Viegas *et al.*, 1987; Yabrundi and Finger, 1994) et même qu'elles soient intégrées dans le système de santé en tant que personnels de santé (Awan, 1987; Hyppolito, 1987).

Une stratégie inefficace

Alors que l'OMS continuait à encourager la formation des accoucheuses traditionnelles (WHO, 1986; OMS *et al.*, 1993), vers le milieu des années 1980 quelques auteurs commencèrent à exprimer leurs doutes quant à l'efficacité de cette stratégie. Namboze (1985), tout en recommandant

encore leur formation, exprima son scepticisme: « *such women are unlikely to change their ways even if they are trained; by training them you are creating a substandard cadre which will never pass an examination; and you are likely to increase the time of delay in the village before antenatal care is sought, particularly in the case of the high-risk mother* ». Les premières évaluations apparurent mais concernaient tout d'abord les programmes de formation (Mangay-Maglacas and Pizurki H., 1983 ; Estrada, 1983). Ross examina l'impact de la formation de l'accoucheuse traditionnelle sur le tétanos néonatal mais se demanda si la vaccination n'était pas une stratégie plus efficace que la formation des accoucheuses traditionnelles (Ross, 1986). Petit à petit, il apparut que la formation des accoucheuses traditionnelles n'avait eu que peu d'impact sur la mortalité maternelle, c'était surtout les mesures qui permettaient d'atteindre un hôpital bien équipé qui avaient un effet (Greenwood *et al.*, 1990; Maine *et al.*, 1991; Fauveau and Chakraborty, 1994; Koblinsky *et al.*, 1994; Türmen and AbouZahr, 1994; Nessa, 1995 ; Dehne *et al.*, 1995). Les réactions des partisans de la formation des accoucheuses traditionnelles furent amères: pour eux, ce n'était pas la stratégie qui était mauvaise, c'était le manque de supervision et de support qui en avait réduit la portée (Mangay-Maglacas, 1990; Sai and Measham, 1992). Toutefois, la stratégie visant à s'appuyer sur les accoucheuses traditionnelles apparut progressivement comme une impasse.

Les raisons de l'échec

Comment expliquer que l'on se soit tellement trompé sur ce qui, *a posteriori*, paraît une stratégie dont l'échec était prédictible ? Les promoteurs de cette stratégie avaient fait une observation correcte et leur premier réflexe était légitime. Cependant, un certain nombre d'éléments avaient été sous-estimés.

Tout d'abord, la fonction, la connaissance et l'expérience d'une accoucheuse traditionnelle sont très variables d'une région à l'autre, même à l'intérieur d'un même pays. Dans certaines régions, on appelle accoucheuse traditionnelle une femme expérimentée, ayant elle-même eu de multiples grossesses (et y ayant survécu) et pratiquant plusieurs dizaines d'accouchements par an. Son expérience et le savoir traditionnel transmis lui ont appris certaines manoeuvres obstétricales, l'effet de certaines herbes.

Ailleurs, il s'agit d'une femme du village ou de la famille dont le seul rôle durant les quelques accouchements auxquels elle assiste (parfois une centaine durant toute sa vie), est de perpétuer le rituel social et de rassurer la femme en la tenant dans ses bras. Dans de telles régions où il y a des centaines, voire des milliers d'accoucheuses traditionnelles qui ne font que quelques rares accouchements par an, il apparaît illusoire qu'une formation, même valorisée par le cadeau d'une boîte d'instruments et de quelques produits pharmaceutiques, puisse avoir un quelconque effet sur la mortalité maternelle. Il n'est donc pas techniquement valide de formuler une stratégie générale de formation des accoucheuses traditionnelles sans tenir compte de ces variations.

En outre, la supervision des accoucheuses traditionnelles reste un problème majeur. Si on considère que l'importance de la supervision est inversement proportionnelle au niveau de formation, les accoucheuses traditionnelles ont une nécessité d'être supervisées bien supérieure aux spécialistes en obstétrique ou aux sages-femmes professionnelles. Or, quand les professionnels n'ont déjà ni le temps ni les ressources de superviser les autres professionnels au niveau périphérique, on peut se demander comment on va résoudre un jour ce problème. Une stratégie qui exige autant d'input en supervision n'est pas une stratégie faisable.

La deuxième raison est qualitative: on ne sait pas ce qu'on doit leur apprendre et on ne sait pas comment procéder. Il faudrait en effet très bien comprendre ce qu'elles font mal pour pouvoir changer leur comportement. Cette approche n'a été que rarement proposée (Williams *et al.*, 1985). Et quand bien même, le savoir traditionnel est global. Modifier une des composantes de ce savoir peut déstabiliser l'accoucheuse traditionnelle qui risque alors de perdre ce savoir global. Le rôle social d'une accoucheuse traditionnelle, tout comme celui du guérisseur traditionnel, est profondément enraciné dans la culture. Ce rôle ne se limite pas à des soins à fournir pour une pathologie donnée, il est global et interprète la souffrance dans son contexte culturel (Singleton, 1994). Le plus souvent, les cours donnés aux accoucheuses imposent une vision occidentale, devenue «universelle», de l'obstétrique. En essayant de transmettre, même vulgarisées, les connaissances scientifiques sur l'accouchement, ces cours contribuent à imposer l'obstétrique occidentale comme la seule façon de voir, de parler, de vivre l'accouchement. « *In treating western obstetrics as the*

only kind of legitimate knowledge, they do not only devalue indigenous ethno-obstetric wisdom and skills, they disallow the very methods of indigenous knowledge and skill acquisition » (Jordan, 1989).

Certains auteurs espèrent que les accoucheuses traditionnelles vont au moins contribuer à convaincre les femmes qui ont des complications de se rendre à l'hôpital (Estrada, 1983; Caflish, 1987; Viegas *et al.* 1987). Mais d'autres observent que les accoucheuses traditionnelles contribuent plutôt à retarder, voire à décourager délibérément les femmes d'aller à l'hôpital (Lawson and Stewart, 1967; Okafor and Rizzuto, 1994). Les professionnels sont eux-mêmes très réservés quant à l'acceptation des accoucheuses traditionnelles, à tel point qu'il est parfois nécessaire d'organiser des sessions de formation pour instruire le staff de l'hôpital de l'importance d'être accueillant et compréhensif avec les accoucheuses traditionnelles et les mères qui ont été référées par les accoucheuses traditionnelles (O'Rourke, 1995).

Les décideurs n'ont pas perçu l'immense écart culturel qui existe entre les soins modernes et les représentations des accoucheuses traditionnelles. Lorsqu'en Suède, au Danemark, aux Pays-Bas ou en Angleterre on décide fin du XIX^e, début du XX^e siècle de former des accoucheuses, il s'agit de former des cohortes de jeunes filles, pas de recycler les accoucheuses traditionnelles. Ce n'est qu'avec l'augmentation progressive du nombre de ces sages-femmes formées que les accoucheuses traditionnelles disparaissent parce que la population reconnaît leur plus grande compétence et finit par s'adresser exclusivement à elles, laissant peu de place à la formation de nouvelles accoucheuses traditionnelles par les anciennes. Cet effort de production de sages-femmes certifiées s'est étalé en Europe sur plusieurs dizaines d'années mais n'a jamais été remplacé par une stratégie de formation des accoucheuses traditionnelles.

L'exemple du Soudan va dans le même sens (Bayoumi, 1976). Lorsque la fameuse *Omdurman Midwifery School* a été ouverte en 1921, sous la supervision d'une infirmière anglaise, M. Wolff, la pratique des accouchements était entièrement sous le contrôle d'accoucheuses traditionnelles âgées, analphabètes et non formées. Dans un premier temps, ce sont ces accoucheuses traditionnelles qui ont été invitées à venir se faire former par un stage de 4 mois. Cette tactique était capitale pour initier le

changement: elle reconnaissait l'importance des compétences techniques et de la place des accoucheuses traditionnelles pour assurer l'intégrité culturelle et religieuse de l'accouchement dans cette société traditionnelle. En 1926, la période de formation s'étend à 6 mois puis à 9 mois. Ce sont les filles des accoucheuses traditionnelles qui sont maintenant formées. Les futures accoucheuses de village sont recrutées par la directrice de l'école lors de ses tournées de supervision des lauréates des cohortes précédentes. En 1944, l'école commençait une formation spécifique d'une année pour les infirmières auxiliaires et en 1964, la formation d'infirmières accoucheuses devenait la seule mission de cette école. A partir de 1949, l'extension des écoles d'accoucheuses de village s'est faite progressivement dans chaque province. Toutes les écoles suivent le programme que l'*Omduran Midwifery School* a mis au point: un cours (avec stages pratiques) de 9 mois adapté aux capacités de jeunes femmes (18-25 ans) intelligentes mais analphabètes pour la plupart. L'objectif initial de cette école était de faire de ces auxiliaires analphabètes des « *missionaries in the homes of the people for practising safe midwifery, establishing a standard of simple hygiene, and combating the then universal custom of major or Pharaonic circumcision* ». Et ces accoucheuses ont en effet joué un grand rôle à la fois en réduisant l'incidence et la sévérité des circoncisions pratiquées à l'époque mais aussi en fournissant au pays un réseau de soins obstétricaux de base de qualité et qui a maintenant remplacé la pratique des accoucheuses traditionnelles. L'expérience soudanaise montre que si tactiquement il a été essentiel de commencer par la formation d'accoucheuses traditionnelles (pour reconnaître le système de valeurs de la société soudanaise, pour acquérir le crédit nécessaire pour ensuite opérer les changements), en quelques années, la cible a changé et ce sont des jeunes femmes qui ont alors été formées et sur lesquelles le réseau de soins obstétricaux modernes a été basé.

La stratégie de professionnalisation des soins obstétricaux ne peut donc être fondée sur la formation des accoucheuses traditionnelles, même s'il est impératif d'engager un dialogue avec celles-ci.

L'ACCES AUX SOINS DE SANTE OBSTETRICAUX PROFESSIONNELS

Toute la stratégie occidentale était basée sur une augmentation de l'offre de soins professionnels. On a fait les investissements en conséquence dans le domaine de la formation et de la production des personnels de santé, dans le domaine de l'infrastructure (distribution des hôpitaux, nombre de lits, ré-

seaux de transports d'urgence) et dans le domaine du financement des soins, mais aussi en termes de régulation des normes professionnelles et en termes législatifs.

Peut-on observer le même effort dans les pays en développement ? En Thaïlande ou en Jamaïque, c'est en effet le cas, mais ce sont des pays avec une dynamique de croissance économique. Dans les pays socialistes également, ce même genre d'effort a été fourni: en Chine, au Viêt-nam, à Cuba, au Sri Lanka (Gunasevera and Wijesinghe, 1996). Malheureusement, la situation est bien plus difficile pour la majorité des pays en développement et particulièrement en Afrique sub-saharienne. Trois grands types de facteurs peuvent être identifiés: un désinvestissement du rôle de l'Etat (Van Lerberghe, 1993) joint aux répercussions sociales des plans d'ajustement structurels ; l'arrêt de l'expansion des hôpitaux (Van Lerberghe *et al.*, 1997) ; des personnels peu ou non payés dans les services publics (Roenen *et al.*, 1997).

En conséquence, les investissements sont dirigés vers les hôpitaux des grandes villes où se situe la demande la plus visible (et la plus exigeante). Le milieu rural est délaissé et peu d'hôpitaux ruraux ont encore un bloc opératoire fonctionnel. Dans un pays comme le Sénégal (8 millions d'habitants, près de 200.000 Km², un PNB/habitant de 750 \$EU, soit plus élevé que celui du Sri Lanka), il n'y a que dix-huit hôpitaux équipés pour faire des césariennes (à titre de comparaison, au Sri Lanka il y a 494 services d'obstétrique, 45 hôpitaux avec médecins obstétriciens pour 17 millions d'habitants répartis sur 65.000 Km²). De plus, la délégation des interventions obstétricales par les obstétriciens vers les médecins généralistes (qui eux acceptent d'aller en milieu rural) est souvent bloquée par le lobby des spécialistes. Tel fut le cas en Ethiopie (Loufti *et al.*, 1995) et au Mozambique (Pereira *et al.*, 1996). Enfin, le personnel finit par refuser d'aller en milieu rural où l'équipement des formations sanitaires et les ruptures de stock de médicaments ne permettent pas d'exercer le métier de façon satisfaisante. En outre, n'étant que peu ou pas payé par l'Etat, la ville devient attrayante parce que ce personnel a plus d'espoir de rencontrer une demande solvable et de compléter ses entrées financières par d'autres travaux.

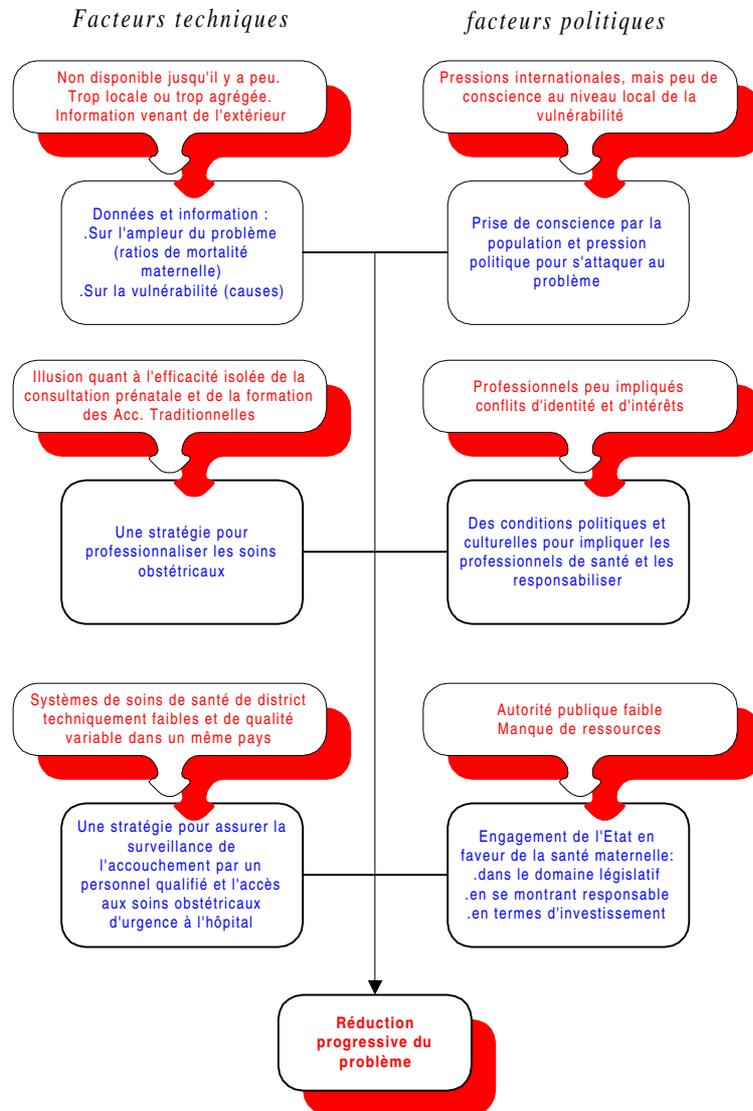
Conclusion

Les techniques obstétricales qui permettent de sauver la mère (césarienne segmentaire basse, transfusion sanguine, antibiothérapie, contrôle de la prééclampsie, ocytotiques, etc.) sont connues depuis plusieurs dizaines d'années et sont utilisées au moins dans les grands hôpitaux des pays du tiers monde. Leur disponibilité n'a pas réussi, dans un grand nombre de pays, à même s'approcher des résultats obtenus en Suède il y a une centaine d'années. L'historique de la lutte contre la mortalité maternelle dans les pays industrialisés nous apprend que deux types de conditions concomitantes ont été nécessaires: des conditions techniques (la connaissance de l'ampleur des besoins non couverts, la découverte de technologies telles l'asepsie rendues disponibles à la population grâce à un réseau de soins professionnels et l'accès à des soins obstétricaux d'urgence) et des conditions socio-politiques qui ont permis la mobilisation tant des professionnels que de la communauté. Ces deux types de conditions n'ont pas été remplies dans la plupart des pays en développement (Figure 10).

La connaissance des ratios de mortalité et des causes des décès maternels a été un facteur déterminant dans l'essor des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle en Occident. A l'heure actuelle, cette condition préalable à la mobilisation politique n'est pas réaliste dans la majorité des pays en développement. L'effort considérable qui a été réalisé pour obtenir des ratios de mortalité sur base d'enquête par échantillonnage dans certaines régions n'est pas suffisant parce que ces ratios ne sont pas obtenus en routine et ne permettent pas au planificateur de prendre une décision: ils ne localisent pas le problème, et n'identifient pas les actions auxquelles il serait vulnérable.

Or, dans les pays du tiers monde, il est illusoire d'imaginer qu'un enregistrement systématique du nombre et des causes de décès maternels puisse se faire en routine dans un avenir proche (Graham and Campbell, 1992; Graham et al., 1996). Il n'est donc pas possible de se servir de cet indicateur pour stimuler la mobilisation politique, l'implication des planificateurs ou celle des professionnels de santé. Ce n'est pas possible - à moins d'y mettre des ressources considérables - et ce n'est peut-être pas nécessaire.

Figure 10. Goulots d'étranglement dans les pays en développement



En effet, si la réduction de la mortalité est un objectif implicite de tout système de santé, ce n'est certainement pas le seul objectif perçu par la communauté et le personnel de santé. Une réduction quantitative des niveaux de mortalité est un concept abstrait lorsqu'on le compare aux besoins immédiats de soins de santé et au besoin de soulager la souffrance. Et ceci est particulièrement vrai quand la demande de services est plutôt orientée vers la prise en charge de problèmes qui ne sont pas nécessairement des causes majeures de décès. En s'intéressant exclusivement à la réduction de la mortalité, les personnels de santé risquent de perdre de vue les autres aspects importants de leur travail. Peut-être, même, risquent-ils de mettre en péril la nécessaire flexibilité dans la réponse à la demande, qui est essentielle si l'on veut que les services de santé soient et restent acceptables (Van Lerberghe and De Brouwere, 1989).

Voilà dix ans se tenait à Nairobi une conférence organisée par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale (World Health Organization et al., 1987). Cette conférence allait lancer « l'Initiative pour une Maternité sans Risque ». Un des objectifs était de réduire la mortalité maternelle de 50% pour l'an 2000. Or, les estimations des ratios augmentent chaque année, en partie parce que l'information que nous obtenons est de plus en plus exhaustive, en partie parce que peu de choses ont changé.

Bien entendu il faut améliorer l'accès des femmes aux soins obstétricaux urgents, et peut-être pour cela abandonner progressivement les stratégies naïves au profit de stratégies plus durables comme la formation de personnels qualifiés, leur répartition dans le pays et l'équipement des hôpitaux de district en blocs opératoires. Mais ceci ne peut se faire que sous la pression des différents groupes d'acteurs impliqués. La population devrait pouvoir exiger des professionnels de santé des soins de qualité et de la part des autorités l'équipement de leur hôpital de district pour prendre en charge les soins urgents. Les autorités des Ministères de la Santé devraient être tenues responsables de la mise en place des structures de promotion et de contrôle de la qualité des soins et les décideurs politiques devraient être eux-mêmes tenus responsables des moyens mis en oeuvre pour lutter contre la mortalité maternelle. Les bailleurs de fonds et les organisations chargées d'assurer l'appui technique devraient aussi être redevables aux populations

de leurs choix stratégiques.

Références

- ACHARYA, S. (1995) How effective is antenatal care to promote maternal and neonatal health ? *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 50: S35-S42.
- AKALIN, M.Z. AND MAINE, D. (1995) Comments on «The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of the referral compliance» [Letter to the Editor]. *Soc. Sci. Med.*, 41: 595-596.
- AKRICH, M. AND PASVEER, B. (1996) *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris: Synthélabo.
- ARAUJO, J.G. AND OLIVEIRA, F.C. (1982) The place of caesarean section and choice of method. In: Philpott, R.H. (Ed.) *Obstetric problems in the developing world*, pp. 757-772. London: W.B. Saunders Company Ltd.
- AWAN, A.K. (1987) Mobilizing TBAs for the control of maternal and neonatal mortality in Pakistan. In: Omran, A.R., Martin, J. and Aviado, D.M. (Eds.) *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, pp. 340-346. Switzerland: Ott Publishers Thun.
- BACKETT, M., DAVIES, A.M. AND PETROS-BARVAZIAN, A. (1984) *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*, Genève: OMS.
- BAIRD, D. (1960) The evolution of modern obstetrics. *Lancet* ii, 557-564.
- BAKER, S.J. (1927) Maternal mortality in the United States. *J. A. M. A.*, 89: 2016-2017.
- BAYOUMI, A. (1976) The training and activity of village midwives in the Sudan. *Trop. Doct.*, 6: 118-125.
- BEGUM, S.F. (1987) Role of TBAs in improving maternal and neonatal health in Bangladesh: a long-term program need. In: *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, pp. 347-354. Omran, A.R., Martin, J., and Aviado, D.M. (Eds). Switzerland: Ott Publishers Thun.
- BERRIDGE, V., HARRISON, M. AND WEINDLING, P. (1993) The impact of war and depression, 1918 to 1948. In: Webster, C. (Ed.) *Caring for health: history and diversity*, 2nd edn. pp. 87-106. London: Open University Press.
- BHATIA, J.C. (1993) Levels and causes of maternal mortality in southern India.

Stud. Fam. Plann., 24: 310-318.

CAFLISH, A. (1987) Prevention of obstetric mortality in high risk pregnancy. In: Omran, A.R., Martin, J. and Aviado, D.M. (Eds.) *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, pp. 311-320. Switzerland: Ott Publishers Thun.

CHEN, P.C.Y. (1981) Social background, customs and traditions. In: Wallace, H.M. and Ebrahim, G.J. (Eds.) *Maternal and child health around the world*, pp. 71-75. London: The Macmillan Press Ltd.

CHNG, P.K., HALL, M.H. AND MACGILLIVRAY, I. (1980) An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit. *B. M. J.*, 281: 1184-1186.

COOK, R. (1989) The role of confidential enquiries in the reduction of maternal mortality and alternatives to this approach. *Int.J.Gynecol.Obstet.*, 30: 41-45.

CROMBIE, I.E., DAVIES, H.T., ABRAHAM, S.C. AND FLOREY, C.D. (1993) *The audit handbook. Improving health care through clinical audit*, Chichester, England: John Wiley & Sons.

DECLERCQ, E. AND LACROIX, R. (1985) The immigrant midwives of Lawrence: the conflict between law and culture in early twentieth-century Massachusetts. *Bull. Hist. Med.*, 59: 232-246.

DEHNE, K.L., WACKER, J., AND COWLEY, J. (1995) Former des accoucheuses au Sahel. *Forum Mondial de la Santé*, 16(4): 455-460.

ERIKSSON, C.G., GRANVIK, M., KINDBLAD, I., LINDGREN, G., NYSTRÖM, L., ROSEN, M., AND WALL, S. (1981) Health problems in a Swedish county - What can we learn from official sources? *Soc.Sci.Med.*, 15C: 143-151.

ESTRADA, R.A. (1983) Training and supervision of traditional birth attendants at the primary health care center level. In: del Mundo, F., Ines-Cuyegkeng, E. and Aviado, D.M. (Eds.) *Primary maternal and neonatal health: a global concern*, pp. 483-493. New-York: Plenum Press

ETARD, J.F., BALIQUE, H., TRAORE, S. AND KODIO, B. (1996) Maternal mortality in Bamako, Mali. 21^o Congrès de l'ADELF. Reproductive Epidemiology. Brussels, June 3-5 1996. *Arch. Public Health*, 53: 48.

FAUVEAU, V. AND CHAKRABORTY, J. (1994) Women's health and maternity care in Matlab. In: Fauveau, V. (Ed.) *Matlab, women, children and health*, pp. 109-138. Dhaka: International Centre for Diarrhoeal Disease Research.

FAVIN, M., BRADFORD, B. AND CEBULA, D. (1984) *Improving maternal health in*

developing countries, Geneva: World Federation of Public Health Associations.

FORTNEY, J.A. (1995) Antenatal risk screening and scoring: a new look. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 50: S53-S58.

GODBER, G. (1994) The origin and inception of the Confidential Enquiry into Maternal Deaths. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 101: 946-947.

GOLDING, J. AND PETERS, T.J. (1988) Quantifying risk in pregnancy. In: James, D. and Stirrat, G.M. (Eds.) *Pregnancy and risk. The basis for rational management*, pp. 7-22. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

GRAHAM, W.J. AND CAMPBELL, O.M.R. (1992) Maternal health and the measurement trap. *Soc. Sci. Med.*, 35: 967-977.

GRAHAM, W.J., FILIPPI, V.G. AND RONSMANS, C. (1996) Demonstrating programme impact on maternal mortality. *Health Pol Plann*, 11: 16-20.

GREENWOOD, A.M., BRADLEY, A.K., BYASS, P., GREENWOOD, B.M., SNOW, R.W., BENNETT, S. AND HATIB, N.J. (1990) Evaluation of a primary health care programme in The Gambia. I. The impact of trained traditional birth attendants on the outcome of pregnancy. *J. Trop. Med. Hyg.*, 93: 58-66.

GUNASERERA, P.C. AND WIJESINGHE, P.S. (1996) Maternal health in Sri Lanka [letter]. *Lancet*, 347(9003): 769.

GUYOT JEANNIN, C. (1986) Iles Saint-Pierre-et-Miquelon: les sages-femmes (XIX^e siècle - début du XX^e siècle). *Histoire des Sciences Médicales*: 385-390.

HALL, M.H., CHNG, P.K. AND MACGILLIVRAY, I. (1980) Is routine antenatal care worth while ? *Lancet*, 2: 78-80.

HAYES, M.V. (1991) The risk approach: unassailable logic? *Soc.Sci.Med.*, 33(1): 55-70.

HÖGBERG, U. AND WALL, S. (1986) Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bulletin of the World Health Organization*, 64: 79-84.

HÖGBERG, U., WALL, S. AND BROSTRÖM, G. (1986) The impact of early medical technology of maternal mortality in late 19th century Sweden. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 24: 251-261.

HOURS, B. (1985) *L'Etat sorcier ; Santé Publique et Société au Cameroun*. Paris: L'Harmattan.

HOWARD, W.T. (1921) The real risk-rate of death to mothers from causes connected with childbirth. *Am. J. Hyg.*, 1: 197-233.

HYPPOLITO, S.B. (1987) Delegated health activity in rural areas: an experience in North-Brazil. In: Omran, A.R., Martin, J. and Aviado, D.M. (Eds.) *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, pp. 325-339. Switzerland: Ott Publishers Thun.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS AND INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. (1966) *Maternity care in the World. International survey of midwifery practice and training*, Oxford: Pergamon Press.

JAFFRE, Y. AND PRUAL, A. (1993) «Le corps des sages-femmes», entre identités professionnelle et sociale. *Sci.Soc.Santé.*, 11(2): 63-80.

JAFFRE, Y. AND PRUAL, A. (1994) Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc. Sci. Med.*, 38: 1069-1073.

JORDAN, B. (1989) Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional midwives. *Soc. Sci. Med.*, 28(9): 925-944.

KASONGO PROJECT TEAM (1981) Influence of measles vaccination on survival pattern of 7-35-month-old children in Kasongo, Zaire. *Lancet*, i: 764-767.

KASONGO PROJECT TEAM (1984) Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. *J. Trop. Med. Hyg.*, 87: 173-183.

KELLY, A., KEVANY, J., DE ONIS, M., AND SHAH, P.M. (1996) A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 53: 219-233.

KESSEL, E. (1987) Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome. In: Omran, A.R., Martin, J. and Aviado, D.M. (Eds.) *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, pp. 375-393. Switzerland: Ott Publishers Thun.

KING, C.R. (1991) The New-York maternal mortality study: a conflict of professionalization. *Bull. Hist. Med.*, 65: 476-502.

KING, M. (1970) *Medical care in developing countries: a symposium from Makerere*, 2nd edn. Nairobi: Oxford University Press.

KLEIN, M.D. AND CLAHR, J. (1958) Factors in the decline of maternal mortality. *J. A. M. A.*, 168: 237-242.

KOBLINSKY, M., TINKER, A. AND DALY, P. (1994) Programming for Safe Mo-

therhood: a guide to action. *Health Pol Plann*, 9: 252-266.

KWAST, B.E. (1988) *Unsafe motherhood: a monumental challenge. A study of maternal mortality in Addis Ababa*, Leiderdorp, NL: Kwast,B.E.

KWAST, B.E. (1991) Safe motherhood: a challenge to midwifery practice. *World Health Forum.*, 12(1): 1-6.

LAWSON, J.B. AND STEWART, D.B. (1967) *Obstetrics and Gynaecology in the Tropics and Developing Countries*, London: Edward Arnold.

LLEWELLYN-JONES, D. (1974) *Human Reproduction and Society*, London: Faber and Faber.

LOUDON, I. (1986) Obstetric care, social class, and maternal mortality. *B.M.J.*, 293: 606-608.

LOUDON, I. (1988) Maternal mortality: 1880-1950. Some regional and international comparisons. *The Society for the Social History of Medicine*, 1: 183-227.

LOUDON, I. (1992a) *Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950*, Oxford: Oxford University Press.

LOUDON, I. (1992b) The transformation of maternal mortality. *B.M.J.*, 305: 1557-1560.

LOURDES VERDESE (DE), M. AND TURNBULL, L.M. (1975) *L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale. Guide pour son instruction et son utilisation*, Geneva: WHO.

LOUTFI, A., MCLEAN, A.P.H., AND PICKERING, J. (1995) Training general practitioners in surgical and obstetrical emergencies in Ethiopia. *Trop. Doct.*, 25 (Supplement 1): 22-26.

MAINE, D., ROSENFELD, A., MCCARTHY, J., KAMARA, A. AND LUCAS, A.O. (1991) *Safe Motherhood Programs: options and issues*, New-York: Columbia University.

MALHER, H. (1987) The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*: 668-670.

MANGAY-MAGLACAS, A. AND PIZURKI, H. (1983) Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays: études de cas sur leur formation et leur utilisation. *Cahiers de Santé Publique n°75*, pp. 65. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

MANGAY-MAGLACAS, A. (1990) Traditional birth attendants. In: Wallace, H.M. and Giri, K. (Eds.) *Health care for women and children in developing countries*, pp.

- 229-241. Oakland (USA): Third Party Publishing Company.
- MANN, C. (1995) Women's health research blossoms. *Science* 269: 766-770.
- MCDONAGH, M. (1996) Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality ? *Health Pol Plann*, 11: 1-15.
- NAMBOZE, J.M. (1985) Maternal health services. In: Sofoluwe, G.O. and Bennett, F.J. (Eds.) *Principles and practice of community health in Africa*, pp. 323-333. Ibadan: University Press Limited.
- NAVARRO, V. (1992) Has socialism failed ? An analysis of health indicators under socialism. *International Journal of Health Services*, 22: 583-601.
- NESBITT, R. AND AUBRY, R. (1969) High risk obstetrics: II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 103: 972-985.
- NESSA, S. (1995) Training of traditional birth attendants: success and failure in Bangladesh. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 50: S135-S139.
- OAKLEY, A. (1984) *The capture womb. A history of the medical care of pregnant women*, Oxford: Basil Blackwell.
- OKAFOR, C.B. AND RIZZUTO, R.R. (1994) Women's and health-care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria. *Stud. Fam. Plann.*, 25: 353-361.
- OMS. (1952) Comité d'experts de la maternité. Premier rapport. Etude préliminaire. SRT n°51. OMS, (Ed.) 1-28. Geneva: OMS.
- OMS. (1978) Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève: OMS.
- OMS, FNUAP ET UNICEF. (1993) Les Accoucheuses Traditionnelles, déclaration conjointe OMS/FNUAP/ UNICEF. pp. 22 Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- O'ROURKE, K. (1995) The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 48 (Suppl.): S95-S102.
- PEARL, R. (1921) Biometric data on infant mortality in the United States Birth Registration Area, 1915-1918. *Am. J. Hyg.*, 1: 419-439.
- PELLING, M., BERRIDGE, V., HARRISON, M., AND WEINDLING, P. (1993) The era of Public Health, 1848 to 1918. In: *Caring for health: history and diversity*, p. 63-86.

Webster, C. (Ed). London:Open University Press,.

PEREIRA, C., BUGALHO, A., BERGSTRÖM, S., VAZ, F., AND COTIRO, M. (1996) A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 103 (6): 508-512.

PERROT, J. AND CARRIN, G. (1996) Un indice synthétique peut-il être un guide pour l'action ? *Série « Macroéconomie, santé et Développement »*, WHO/ICO (Eds). Genève: OMS, pp. 36.

PHILPOTT, R.H. (1979) The organisation of services in Africa. In: *Maternity services in the developing world* Philpott, R.H ed, pp. 131-142. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

PHUAPRADIT, W., PONGTHAI, S., SUDHUTORAVUT, S., CHATURA-CHINDA, K. AND BENCHAKAN, V. (1990) Implementation of risk approach in maternal health. In: Wallace, H.M. and Giri, K. (Eds.) *Health care for women and children in developing countries*, pp. 242-251. Oakland (USA): Third Party Publishing Company.

PORGES, R.F. (1985) The response of the New-York Obstetrical Society to the report by the New-York Academy of Medicine on maternal mortality, 1933-34. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 152, 642-649.

RAO, K.B. (1981) Maternity care. In: Wallace, H.M. and Ebrahim, G.J. (Eds.) *Maternal and child health around the world*, pp. 76-81. London: The Macmillan Press Ltd.

REAGAN, L.J. (1995) Linking midwives and abortion in the progressive era. *Bull. Hist. Med.*, 69: 569-598.

ROCHAT, R.W. (1981) Maternal mortality in the United States of America. *Wld. Hlth. Statist. Quart.*, 34: 2-13.

ROENEN, C., FERRINHO, P., VAN DORMAEL, M., CONÇEICAO, M.C., AND VAN LERBERGHE, W. (1997) How African doctors make ends meet: an exploration. *Trop. Med. & Int. Health* 2 (2): 127-135.

ROHDE, J.E. (1995) Removing risk from safe motherhood. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 50: S3-S10.

ROONEY, C. (1992) *Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of evidence*, WHO/MSM/92.4. Geneva: World Health Organization.

ROSA, F.W. (1981) The status of maternal and child care in developing countries. In: Wallace, H.M. and Ebrahim, G.J. (Eds.) *Maternal and child health around the world*, pp. 3-16. London: The Macmillan Press Ltd.

- ROSENFELD, A. AND MAINE, D. (1985) Maternal mortality: a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 2: 83-85.
- ROSENFELD, A. (1989) Maternal mortality in developing countries: an ongoing but neglected 'epidemic'. *J.A.M.A.*, 262: 376-379.
- ROSENFELD, A. (1992) Maternal mortality: community-based interventions. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 38: S17-S22.
- ROSS, D.A. (1986) The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas, A. and Simons, J. (Eds.) *The potential of the traditional birth attendant*, pp. 8-20. Geneva: WHO.
- ROSS, S.M. (1977) Establishing a community obstetric service. In: Philpott, R.H., Sapire, K.E. and Axton, J.H. (Eds.) *Obstetrics family planning and paediatrics. A manual of practical management for doctors and nurses*, 2nd edn. pp. 3-10. Pietermaritzburg (SA): University of Natal Press.
- SAI, F.T. AND MEASHAM, D.M. (1992) Safe Motherhood Initiative: getting our priorities straight. *Lancet*, 339: 478-480.
- SARGENT, C.F. (1989) Maternity, Medicine, and Power. Reproductive decisions in urban Bénin. pp. 246. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- SCHMIDT, W.M. AND VALADIAN, I. (1969) Maternal and child health activities. In: Hanlon, J.J. (Ed.) *Principles of Public Health administration*, 5th edn. pp. 367-381. Saint Louis (USA): The C.V. Mosby Company.
- SHORTER, E. (1984) *Le corps des femmes*, Paris: Editions du Seuil.
- SINGLETON, M. (1994) Du leurre de la douleur. *Autrement* 42, 118-127.
- SPRINGER, N.P. AND VAN WEEL, C. (1996) Home birth. Safe in selected women, and with adequate infrastructure and support. [Editorial]. *B.M.J.*, 313: 1276-1277.
- STANTON, C., HILL, K., ABOUZAHAR, C. AND WARDLAW, T. (1995) *Modelling maternal mortality in the developing world*, Geneva: WHO & UNICEF.
- SUNDARI, T.K. (1992) The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality. *Int. J. Health Serv.* 22, 513-528.
- TÜRMEK, T. AND ABOUZAHAR, C. (1994) Safe Motherhood. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 46, 145-153.
- VAN DER BORG, E. (1994) Sages-femmes aux Pays-Bas: image et occupation. Les développements dans la pratique de l'obstétrique à Leyde, Arnhem, Bois-le-Duc et Leeuwarden, 1650-1865. *Histoire des Sciences Médicales* 28(1): 57-62.

- VAN DER DOES, C.D. AND HASPELS, A.A. (1972) Antenatal care. In: Van der Does, C.D. and Harpels, A.A. (Eds.) *Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor*, pp. 1-6. Utrecht: A. Oosthoek's.
- VAN LERBERGHE, W. AND PANGU, K.A. (1988a) Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. *Soc. Sci. Med.* 26, 949-955.
- VAN LERBERGHE, W. AND DE BROUWERE, V. (1989) Assessment of appropriate child care at district level: how useful are mortality rates ? *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 83, 23-26.
- VAN LERBERGHE, W. (1993) Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bull Séances Acad R Sci Outre Mer* 39, 205-230
- VAN LERBERGHE W., DE BETHUNE X. AND DE BROUWERE V. (1997) Hospital in Africa. *Trop. Med. & Int. Health.* 2: in press.
- VIEGAS, O.A., SINGH, K. AND RATMAN, S.S. (1987) Antenatal care: when, where, how and how much. In: Omran, A.R., Martin, J. and Hamza, B. (Eds.) *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*, pp. 287-302. Switzerland: Ott Publishers Thun.
- WALSH, J.A. AND WARREN, K.S. (1980) Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *Soc. Sci. Med.* 14, 145-163.
- WALSH, J.A., FEIFER, C.N., MEASHAM, A.R., AND GERTLER, P.J. (1993) Maternal and Perinatal Health. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*, edited by Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R., and Bobadilla, J.L. New-York: Oxford University Press for the World Bank, pp. 363-390.
- WALT, G. (1993) Health care in the Third World, 1974 to the 1990s. In: Webster, C. (Ed.) *Caring for health: history and diversity*, 2nd edn. pp. 150-171. London: Open University Press.
- WERK GROEP BIJSTELLING KLOOSTERMANLIJST. (1987) De verloskundige indicatielijst. Eindrapport. Deel 1. Verslag WBK. pp 29. Amstelveen, NL: Ziekenfondsraad.
- WERK GROEP BIJSTELLING KLOOSTERMANLIJST. (1987a) De verloskundige indicatielijst. Eindrapport. Deel 2. Voor de dagelijkse praktijk. pp46. Amstelveen, NL: Ziekenfondsraad.
- WHO (1986) Maternal mortality: helping women off the road to death. *WHO Chronicle* 40, 175-183.
- WHO AND UNICEF (1996) *Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new ap-*

proach by WHO and UNICEF, WHO/FRH/MSM/96.11 Geneva: WHO.

WILLIAMS, C.D., BAUMSLAG, N. AND JELLIFFE, D.B. (1985) *Mother and child health: delivering the services*, 2nd edn. London: Oxford University Press.

WORLD BANK (1995) *World Development Report 1995. Workers in an integrating world*, New-York: Oxford University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD BANK AND UNFPA (1987) Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, February 1987. pp.58 Geneva: WHO.

YABRUNDI, A. AND FINGER, W.R. (1994) TBA training may reduce mortality. Better maternal and infant health care among the goals of training Ghana's traditional birth attendants. *Network*: 20-21.

YUSTER, E.A. (1995) Rethinking the role of the risk approach and antenatal care in maternal mortality reduction. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 50, S59-S61.

Table des matières

Introduction	1
La décroissance de la mortalité maternelle dans le monde Occidental	5
Le cas de la Suède	9
<i>Une connaissance précoce de l'ampleur et des causes de mortalité maternelle</i>	9
<i>Une stratégie basée sur la professionnalisation des soins obstétricaux</i>	9
<i>Une volonté politique pour rendre les soins obstétricaux professionnels accessibles</i>	10
Une décroissance plus lente en Angleterre et au Pays de Galles	12
<i>La lente professionnalisation des soins obstétricaux</i>	12
<i>Une prise de conscience plus tardive</i>	15
<i>Une volonté politique peu affirmée</i>	17
Les Etats-Unis : pas de progrès avant 1940	17
<i>Des données de mortalité maternelle disponibles tardivement</i>	17
<i>Une stratégie de couverture des accouchements par les sages-femmes bloquée par les conflits d'intérêts</i>	19
Les succès dépendent d'une synergie entre facteurs techniques et politiques	20
Les goulots d'étranglement dans les pays en développement	23
Une prise de conscience tardive	23
Des stratégies inadéquates	27
<i>La consultation prénatale</i>	28
<i>Les accoucheuses traditionnelles</i>	39
<i>L'accès aux soins de santé obstétricaux professionnels</i>	44
Conclusion	47
Références	51

