Travail de Maturité

La maternité à moindre risque : un droit de la personne humaine

Tiré de : http://dynamic.unv.org/graphics/photos/MDG/symbol/MDG5_fr.gif

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

Table des matières

Table des matières

1. CHOIX DU SUJET....3

2. MÉTHODOLOGIE ET PROBLÉMATIQUE....3

3. LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT DANS LE MONDE....4

3.1 Les huit objectifs du millénaire au développement (OMD)....5

4. INTRODUCTION....6

4.1 Définitions....6

4.1.1 Un décès maternel....6

4.1.2 Complications liées à une grossesse, à l'accouchement et des suites de couches....7

4.2 Situation de ce problème, en comparaison à la Suisse....8

4.2.1 Au niveau géographique....9

4.2.2 Au niveau historique....10

4.2.3 Au niveau médical....11

5. LES DROITS HUMAINS....13

5.1 Les femmes en Afrique....14

5.2 Les femmes au parlement....15

5.2.1 Les progrès réalisés grâce aux femmes au parlement....15

5.3 Le protocole de la Charte Africaine des Droits de l'Homme....16

6. L'OBJECTIF DU MILLÉNAIRE AU DÉVELOPPEMENT 5....16

6.1 Mesure de la mortalité....16

6.1.1 Les méthodes et les explications....16

6.1.2 Les difficultés de l'enquête....17

6.1.3 Analyse et interprétations....18

6.2 L'objectif sera-t-il atteint ?....21

6.3 À l'avenir....22

7. CONCLUSION....23

8. RÉSUMÉ....24

9. REMERCIEMENTS....24

10. ANNEXES....24

I. Interview :....24

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

1. Choix du sujet

Mon Travail de Maturité porte sur le cinquième objectif du millénaire pour le développement : améliorer la santé maternelle.

Il y a huit objectifs que les Etats membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) visent d'atteindre durant une période de 15 ans : de 2000 à 2015. Ces huit objectifs sont liés. Ils ne pourront être atteints qu'à condition que : les pays pauvres investissent dans l'éducation ainsi que dans la santé, et que les pays riches s'impliquent dans une aide mondiale pour ces pays.

Améliorer la santé maternelle est le cinquième de ces objectifs. Il a pour but de réduire de trois-quarts le rapport de mortalité maternelle (RMM) et d'atténuer le phénomène des grossesses précoces, en offrant à la population une éducation par rapport à la sexualité et en travaillant pour les accouchements se fassent en présence de personnes qualifiées (médecins, sages-femmes et infirmières), qui puissent intervenir en cas de complications. Dans le monde, il y a environ 600 000 femmes qui meurent chaque année suite à une complication lors la grossesse et de l'accouchement, et d'autres sont atteintes de lésions ou d'invalidités graves. Pour atteindre cet objectif, l'Etat doit intervenir, afin que ces femmes puissent bénéficier et recevoir des soins et un personnel soignant.

Ce sujet m'intéresse beaucoup, étant donné que je suis une femme et que pour moi, en Suisse, la grossesse et l'accouchement sont quasiment sans risque. Lorsque je me suis renseignée sur ce sujet et constaté que le taux de mortalité dans les pays pauvres est vingt fois supérieur à celui des pays riches, j'ai tout de suite voulu comprendre les causes de ces inégalités et l'impact de cette différence dans le monde. Je pense également qu'une grossesse et un accouchement à moindre risque est un droit fondamental, et cela me touche particulièrement. Car comme toutes les femmes, celles des pays en voie de développement devraient aussi pouvoir enfanter sans mettre en danger leur vie ou celle de leurs enfants ou même y laisser leur vie. Toutes ces inégalités rendent les différences entre pays développés et pays pauvres ou en voie de développement encore plus grande.

2. Méthodologie et Problématique

Pour commencer, j'ai parlé à mon entourage des objectifs de l'ONU, afin de pouvoir me décider sur celui des huit qui me correspond le mieux. Je me suis renseignée dans plusieurs brochures, j'ai visité plusieurs sites Internet et lu quelques livres. J'ai aussi pris contact avec une personne du métier, Marjolaine Thomas, diplômée de l'école de sage-femme de Genève depuis une année. Elle travaille à 80% à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et à 20% avec les femmes enceintes migrantes. Elle est partie à plusieurs reprises pendant sa formation à l'étranger afin d'entrevoir certaine pratiques obstétricales ; une année au Mexique avec des matrones (sages-femmes traditionnelles, formées par les accoucheuses des villages), puis trois mois en brousse au Sénégal.

Je désire plus particulièrement axer mon travail d'une part sur les droits que la femme devrait avoir, afin que dans les pays du tiers monde, la femme puisse donner naissance sans risquer sa vie et celle du bébé, et d'autre part sur les causes, les risques et les conséquences de la différence de traitement, de respect et de considération qu'il y a entre les hommes et les femmes ; en effet, je prône l'égalité des sexes.

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

Je parlerai ensuite de la situation et des droits des femmes d'aujourd'hui et de leurs droits une fois que l'objectif sera atteint.

Par la suite, je montrerai des chiffres concrets, ainsi que tout ce qui est mis en œuvre pour la bonne réalisation de cet objectif. Je ferai une comparaison par rapport aux pays riches ; telle que la Suisse où le taux de mortalité maternelle est très bas, avec une femme sur cent mille naissances qui risque de succomber suite à des complications ou suite à la grossesse, alors qu'il est de une femme sur vingt-deux naissances en Afrique.

Et je finirai par me poser des questions liées à l'avenir : Est-ce que ces nouvelles habitudes continueront-elles par la suite ?

Il me paraît important d'éclaircir d'abord certains termes et d'expliquer certaines notions. Je vais commencer par expliquer ce que sont ces « objectifs du millénaire », préciser la notion du décès maternel et en analyser les causes, et déterminer les droits qui permettent à la femme de pouvoir avoir une grossesse dans de bonnes conditions.

Les recherches effectuées ont aussi soulevé certaines questions auxquelles je vais tenter de répondre tout au long de ce travail.

Je me suis d'abord demandé les raisons pour lesquelles les femmes d'Afrique subsaharienne n'ont pas les mêmes droits que les femmes européennes, et pourquoi il y a un nombre aussi élevé de décès maternels dans les pays pauvres. Ce qui m'a amené à réfléchir aux changements à mettre en œuvre afin d'améliorer la situation de ces femmes et leurs droits.

Nous entendons souvent parler d'organisations humanitaires, mais quels moyens mettent-elles en œuvre pour atteindre leurs objectifs.

Finalement, je vais tenter de répondre de façon marginale à une question qui me tient particulièrement à cœur : une fois que l'objectif sera atteint et que les organisations humanitaires pourront cesser leurs actions dans ce domaine, est-ce que les mentalités auront changé, la population locale sera prête à perpétuer ce nouveau regard sur la femme et à continuer le combat pour leurs droits ?

3. Les objectifs du millénaire pour le développement dans le monde

Les Objectifs du millénaire au Développement (OMD) sont huit objectifs que les Etats membres de l'ONU ont décidé d'atteindre d'ici 2015. En septembre 2000, les chefs d'Etat ont approuvé la « Déclaration du millénaire des Nations Unies. »

Cette déclaration a été signée par 147 chefs d'Etat, représentants les pays riches et les pays en développement. Ces pays pauvres regroupent près de 1.4 milliards d'habitants vivant avec moins de deux dollars par jour. Cette réunion s'est déroulée à New York, du 6 au 8 septembre 2000 et les chefs d'Etat ont décidé, d'ici 2015 :

- De réduire de moitié la population mondiale dont le revenu est inférieur à un dollar par jour, en demandant aux puissances occidentales d'annuler les dettes des pays les plus pauvres. Il faudrait essayer de réduire la grande différence de moyens financiers entres les pays riches et les pays pauvres.

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

- De réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle et de deux tiers le taux de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (infantile), en mettant en place un accès à l'éducation de base, pour tous les enfants de la planète.
- De maîtriser les maladies, telles que le SIDA, le paludisme et bien d'autres encore, car ce fléau fera 40 millions d'orphelins d'ici 2010.

L'insigne des huit objectifs du millénaire au développement

Tiré de : http://www.undp.org/french/mdg/

3.1 Les huit objectifs du millénaire au développement (OMD)

Objectif 1 : éliminer l'extrême pauvreté et la faim

- Cet objectif consiste à réduire de moitié les individus vivant avec moins d'un dollar par jour, d'ici 2015, de réduire de moitié les individus souffrant de la famine. La crise alimentaire due à la hausse du prix des matières agricoles a rendu encore plus pauvre plus de cent millions de personnes qui vivent maintenant dans une extrême pauvreté. Il a aussi pour but de procurer un emploi à maximum de personnes, que ce soit des femmes ou des jeunes.

Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous

- Ce deuxième objectif a pour but de donner un accès à une scolarisation primaire complète à tous les enfants, d'ici 2015. Cet objectif semble pouvoir être atteint, car en 2006 déjà, plus de 88% des enfants des pays en développement sont scolarisés.

Objectif 3 : promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes

- La différence de traitement entre les sexes dans ces pays, est très fréquente. Cet objectif vise à éliminer cette inégalité, surtout dans l'éducation primaire d'ici 2015. Dans les pays en voie de développement, nonante-quatre filles sont scolarisées sur cent garçons.

Objectif 4 : réduire la mortalité infantile

- Entre 1990 et 2006, la mortalité infantile des jeunes de moins de 5 ans a chuté de 93 à 72 décès pour 1000 naissances. Les enfants nés dans un pays en voie de développement ont treize fois plus de risque de mourir d'une pneumonie, diarrhées, malaria ou la rougeole, qu'un enfant né dans un pays développé.

Objectif 5 : améliorer la santé maternelle

- Cet objectif a pour but de réduire de trois-quarts le rapport de mortalité maternelle (RMM) dû au manque de services sanitaires et de droits de la personne humaine, ainsi que de garantir l'accès aux contraceptifs, au planning familial et à la santé reproductive, c'est-à-dire d'informer la population sur les complications que peuvent encourir les mères et leurs enfants suite à une grossesse précoce.

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

- Cet objectif à trois cibles à atteindre, car chaque jour plus de 7500 personnes sont contaminées par le VIH et 5500 meurent du SIDA :
  - Limiter la pandémie du VIH par des traitements anti-rétrovitaux, pour faire baisser le nombre de décès,
  - faciliter l'accès aux traitements contre le VIH et le SIDA, d'ici 2015 et
  - empêcher la propagation de la malaria (ainsi que d'autres maladies) en mettant à disposition, par exemple, des moustiquaires.

Objectif 7 : assurer un environnement durable

- Il faut mettre en place les bases du développement durable dans les politiques, réduire de moitié la population qui n'a pas un accès direct à l'eau, diminuer la perte de biodiversité. Ainsi que d'améliorer, d'ici 2020, la vie de cent millions d'habitants des personnes vivants dans un pays en voie de développement.

Objectif 8 : mettre en place un partenaire mondial pour le développement

- Aider les pays moins avancés en leur donnant tout l'aide possible.
- Etendre un système commercial, afin que des échanges vers des pays développés soient possibles.
- Alléger les dettes des pays pauvres.
- Mettre à disposition des médicaments à des prix raisonnables.
- Faire évoluer les pays en voie de développement en mettant en place un accès à Internet ainsi qu'à la téléphonie mobile.

4. Introduction

4.1 Définitions

4.1.1 Un décès maternel

Le décès maternel[1] est le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse ou dans un délai de quarante-deux jours après la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Les décès maternels se regroupent en deux catégories :

- Décès par cause **obstétricale directe**, ce sont ceux qui sont occasionnés lors de la grossesse ou à la suite de couches ou encore d'un traitement incorrect.

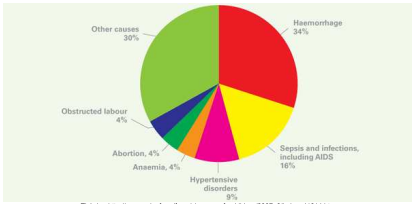
[1] Tiré dans : la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé annexes, Dixième division, 1993 (CIM-10), l'OMS à défini la mort maternelle.

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

- Décès par cause **obstétricale indirecte**, ce sont les résultats d'une maladie préexistante ou d'une affection qui s'est révélée pendant les neuf mois de grossesse et qui a été aggravée à la suite de celle-ci.

4.1.2 Complications liées à une grossesse, à l'accouchement et des suites de couches

Pourcentage des maladies liées à une grossesse, en Afrique



Tiré de : http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index_41814.htm

Le total de l'étude ne fait pas cent pour cent, car les pourcentages ont été arrondis. C'est une étude qui a été faite pour le Fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) entre les années 1997 et 2002.

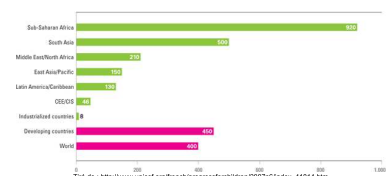
- **L'hémorragie post-partum** : 34% des décès maternels sont dus à une perte de sang dépassant cinquante millilitres. C'est l'une des causes de mortalité maternelle les plus importantes. L'hémorragie peut être évitée si les soins médicaux sont appropriés et immédiats. On peut par exemple, administrer une transfusion sanguine ou effectuer un massage utérin pour stimuler les contractions pour que le travail soit plus rapide. Les causes sont diverses ; l'utérus ne se contracte plus, le muscle n'est plus tonique, car la femme n'en est pas à son premier enfant ou alors le travail est prolongé suite à un manque de personnel.
- **Les infections** : 16% des décès sont dus au développement de gènes pathogènes dans l'organisme, en raison d'une mauvaise hygiène durant l'accouchement ou de maladies sexuellement transmissibles. Les infections peuvent être évitées en respectant les règles d'hygiène est présent lors de l'accouchement et si le dépistage de l'infection se fait à temps, des antibiotiques peuvent être administrés à la patiente.
- **Les troubles hypertensifs de la grossesse**, notamment l'éclampsie, représente 9% des décès. Il s'agit de convulsions qu'ont certaines femmes lors de leur grossesse. Si la femme enceinte est surveillée et a des anticonvulsivants, ces troubles disparaissent et n'entraînent pas la mort.

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

- Les **avortements** représentent le 4% des causes de décès maternel. Lors d'une grossesse non désirée, la femme décide d'avorter, mais l'avortement est interdit, donc il se passe sans un accompagnement de personnel qualifié. Et cela peut engendrer des complications et aussi la mort. C'est pour cela que la contraception est recommandée.

4.2 Situation de ce problème, en comparaison à la Suisse

Selon l'étude faite par l'UNICEF en 2005, le Taux de Mortalité Maternelle (TMM), nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes, est très élevé. Dans le monde, près de 500 000 femmes meurent chaque année suite à des complications liées à leur grossesse et à l'accouchement. Près de la moitié de ces décès se trouvent en Afrique subsaharienne (250 000) et le tiers en Asie du Sud (166667). La population mondiale en 2005 est de 6 750 585 100 habitants, la population de l'Afrique subsaharienne est de 416 009 958 (6.16% par rapport au total de la population mondiale) et de 1 473 193 767 habitants en Asie du Sud (ce qui représente 21.82% de la population mondiale). Ces taux nous montrent que le taux de décès maternel dans ces deux régions est très élevé et qu'il faut réagir, en continuant à se battre pour l'objectif.



Tiré de : http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index_41814.htm

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

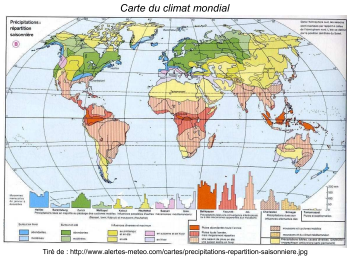
4.2.1 Au niveau géographique

Tiré de : http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index_41814.htm

Sur cette carte, nous pouvons voir que les zones les plus touchées par la mortalité maternelle sont l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud.

L'une des causes majeures géographique de cette inégalité de répartition est due aux conditions climatiques et à la répartition de l'eau. Les pays de ces deux zones ont des pluies toute l'année. Mais le problème est que ces pluies ne sont très irrégulières (carte en dessous, rouge rayé), ce qui entraîne un grand nombre de famines, car les récoltes sont souvent compromises soit par la sécheresse soit par des inondations, ce qui entraîne un manque de nourriture pour les populations.

Carte du climat mondial



Tiré de : http://www.alertes-meteo.com/cartes/precipitations-repartition-saisonniere.jpg

Sous la direction de Dupertuis Silvain Année 2009

Une femme enceinte a besoin de beaucoup plus de confort qu'un homme. Car elle porte la vie en elle. Elle a besoin d'être bien nourrie et de s'hydrater, d'avoir des soins et de bonnes conditions d'hygiène. Lors de ces famines, la future mère n'a pas les soins et le confort appropriés pour suivre une grossesse qui n'engage pas de complication.

En Suisse (vert), les pluies sont abondantes et régulières. Ce climat est favorable pour de bonnes récoltes et nous aurons toujours assez de nourriture pour survivre. Donc les futures mamans n'auront pas de problème de malnutrition et seront, en général, dans de bonnes conditions de santé.

L'autre cause majeure est due à la situation économique de l'Afrique subsaharienne. L'Afrique est l'un des continents le plus pauvre du monde. Et depuis une décennie, l'économie de l'Afrique subsaharienne devient stable. Lorsque l'Afrique fut colonisée par de grandes puissances, lors de la conférence de Berlin en 1884, l'économie n'est pas favorable. Car ce sont les grandes puissances qui ont le pouvoir sur le pays et sur l'économie. C'est pour cela, qu'entre 1910 et 1970 que les pays d'Afrique demandent l'indépendance, pour enfin pouvoir se développer sans être dominé par un autre pays.

Après le colonialisme, en Afrique, la situation économique reste fragile, beaucoup de guerres froides éclatent entre pays. Ce qui effondre à nouveau l'économie. La pauvreté reste répandue et certaines régions du continent sont dans une extrême pauvreté. Les pays se battent pour des territoires et en faisant ces guerres, des personnes innocentes sont tuées et des infrastructures sont détruites. L'économie doit se reconstruire et doit évoluer. Il faut donc que la pauvreté diminue et que l'économie évolue. Le PIB réel par habitant après le colonialisme, entre 1990 et 1994 est de -2.2% et en 1997, de 1.2%. Cette évolution montre que le continent se reconstruit doucement et c'est pour cela il faut faire des efforts et continuer à faire évoluer l'économie du continent avec le temps, et en les aidants.

4.2.2 Au niveau historique

Le statut et les droits de la femme ont beaucoup évolués dans les pays occidentaux au cours de ces cinquante dernières années, mais ce n'est pas le cas en Afrique subsaharienne. Dans ces pays, la femme doit encore demander la permission à son mari pour pouvoir aller faire un contrôle médical durant sa grossesse, elle n'est donc pas toujours suivie ; c'est une injustice sociale, car la maternité sans risque est un droit de la personne humaine. La future mère a aussi le droit de donner la vie en présence d'une accoucheuse qualifiée, mais beaucoup n'y ont pas accès. Ce droit n'est pas encore ancré dans les mœurs, et c'est pour cela que le cinquième objectif du millénaire au développement vise à ce que ces droits soient enfin respectés.

En Suisse par contre, depuis 1956, presque toutes les femmes sont suivies par un gynécologue, toutes les femmes bénéficient et ont le droit à l'accès à ces centres médicaux. Dans la seconde moitié du XXème siècle, la prise en charge médicale est devenue commune, cela montre que les femmes ont plus de droits et relève des droits de la femme. Elles sont également suivies pendant toute leur grossesse en allant souvent au cabinet médical pour passer des examens (prise de tension, pesée et battements du cœur du foetus). Les échographies sont pratiquées sur l'ensemble des grossesses et toute cette prise en charge à permis de réduire la mortalité périnatale[2].

C'est en 1965 que le premier service de Planning Familial a ouvert à Genève, lors d'un vote du Grand Conseil Genevois, c'est le premier centre ouvert de ce genre en Suisse. Cette

[2] Périnatale signifie : « la période couvrant la fin de la grossesse et les premiers jours de vie. », selon http://fr.thefreedictionary.com/p%C3%A9rinatale

innovation a permis aux femmes de pouvoir être plus libre et de bénéficier de leur droit. Cette ouverture de ce centre a changé les habitudes des femmes, elles vont plus facilement maintenant dans ce centre.

Cette différence des droits entre pays développés et en développent montre bien que tant que la femme n'aura pas les soins appropriés, la santé maternelle ne pourra pas être améliorée. Chaque femme a besoin, lors de sa grossesse, du plus de confort possible et de pouvoir avoir le droit d'être suivie sans devoir avoir l'accord d'un membre de sa famille. Il faudrait qu'elle puisse prendre des décisions seules, pour le bien de son enfant et pour son propre bien ; les conséquences de ce manque de dépendance peuvent être fatales.

4.2.3 Au niveau médical

En Afrique subsaharienne, la grossesse et l'accouchement ne sont pas pris en charge comme ils le devraient. La femme enceinte à un parcours de trois étapes : la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Pendant cette durée, des soins doivent être mis en œuvre. Mais seule une minorité de ces femmes sont suivies médicalement.

Tout d'abord, la femme n'a pas toujours le droit de choisir si elle souhaite avoir un enfant ou non. Elle est donc soumise aux envies de son mari et de sa belle-famille. Ensuite, pendant sa grossesse, elle doit continuer à travailler. Car ce sont des pays en développement et la pauvreté dans ces pays est importante. Une femme enceinte a besoin de repos et de calme vers la fin de la grossesse (et même avant en cas de complications).

Des matrones sont présentes pour accompagner les femmes. Lors de l'accouchement, ces femmes sont présentes, elles sont des femmes mures qui ont déjà vécu un accouchement et qui ont du temps à consacrer, mais qui ne sont pas formées sur le plan médical. Ces matrones ne sont donc pas assez qualifiées pour diagnostiquer les complications graves, et assurer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Lors de l'accouchement, certaines femmes préfèrent rester à la maison et laisser leur famille s'occuper de l'accouchement, car souvent ces femmes n'ont pas accès à une maternité où elles pourraient être prise en charge.

Des mutilations obstétricales sont souvent causées par la non-présence d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement. Elles se présentent sous différentes formes :

- **Les déchirures**. La future mère sait qu'à un certain moment elle va devoir pousser pour faire sortir l'enfant. mais elle ignore le moment exact, qui est lors de la dilatation du col complète. Dans un accouchement artisanal, le résultat qui se produit souvent est que des déchirures cervicales se font et qu'à long terme, les conséquences peuvent être graves : risques de prolapsus[3] de l'utérus ainsi que douleurs lors de l'acte sexuel.
- **Les fistules obstétricales**. Lorsque le travail de l'accouchement dure trop longtemps, les vaisseaux sanguins et les nerfs sont comprimés par la tête de l'enfant qui est en train d'essayer de sortir du ventre de sa mère. Les conséquences sont graves, car les organes manquent d'oxygène, ce qui provoque la formation de ces fistules, qui sont des canaux anormaux. Et de ces canaux sortent, sans que la femme en question ne puisse faire quoique ce soit, l'urine et les excréments.
- **Le cancer du col de l'utérus**. Normalement, grâce à un dépistage, le cancer est vite décelé. Mais dans les pays pauvres, ce n'est pas le cas. Pendant la grossesse, le col est plus fragile, donc plus exposé aux infections. Pendant l'accouchement, sans personne

[3] Le prolapsus est la chute ou l'abaissement d'un organe, ou d'une partie d'un organe par suite du relâchement de ses moyens de fixation, tiré de : http://www.aufeminin.com/__e5087-Definition-d-un-prolapsus.html

qualifiée, le col est touché et brusqué : ce qui fait que le col n'est plus en bon état et cela engendre un cancer par la suite.

- **Les mutilations chirurgicales évitables**. Une future mère, sans des personnes qualifiées, ne peut pas savoir si elle attend un seul enfant, des jumeaux ou des triplés. Si elle attend des jumeaux sans le savoir, lorsqu'elle accouche chez elle, avec une matrone, elle s'attend à avoir qu'un enfant. Mais lorsqu'elle sent qu'il est reste encore un, il faut pouvoir avoir une personne qui ait de l'expérience pour pouvoir retourner le bébé afin qu'il puisse sortir. Mais ce n'est pas le cas, donc elle va devoir se rendre dans un centre de maternité, où elle arrive trop tard, le col de l'utérus s'étant déjà refermé. Les conséquences sont graves, la mère perd un enfant, et son utérus et devient stérile.

Le principal problème dans ces pays et le manque de personnel qualifié. C'est pour cela que pour éviter ce genre de mutilations, un système que permet de soutenir ces femmes lors de leur accouchement et de leur donner des soins appropriés. Pour pouvoir offrir de meilleures conditions de vie à ces femmes, il faut qu'elles bénéficient d'une continuité des soins. Cela permet d'avoir une meilleure condition de vie pour le nouveau-né et sa mère. Ce qui implique des soins obstétricaux de qualité. Si la grossesse se passe bien, la femme peut accoucher chez elle (autogestion de la santé) ou dans un dispensaire (soins de santé primaires) avec une personne qualifiée. Mais si cela se passe mal, elle est donc obligée d'être prise en charge dans des structures de santé secondaires ou tertiaires, infrastructures étant aménagées pour des soins appropriés lors de complications. Les associations en collaboration avec les Etats Membres de l'OMS s'engagent à ce que toutes les femmes puissent être assistées par un accoucheur qualifié qui sert à réduire la mortalité maternelle.

Un accoucheur qualifié est un professionnel de santé affirmé (sage-femme ou médecin) qui a été formé pour prendre en charge la grossesse, l'accouchement et le postpartum d'une femme. Il est capable de traiter le cas d'une jeune femme enceinte qui présente des complications liés à sa grossesse.[4] Il est la personne qui possède le plus de compétences en cette matière et il peut donc sauver beaucoup de vies, en étant présent tout au long du cycle de la grossesse. Mais dans les pays en développement, l'accès à un système de santé n'est pas encore fréquent, c'est pour cela que les systèmes de santé sont en restructuration.

Les aptitudes que doit avoir un accoucheur qualifié sont nombreuses. Il doit tout d'abord avoir les compétences en soins obstétricaux, en chirurgie et en anesthésie, dans la psychiatrie et la pédiatrie néonatale. Mais pour être efficace, il doit aussi collaborer avec d'autres professionnels de santé. Ce qui veut dire qu'entre toutes ces personnes, il doit y avoir une bonne collaboration.

En Suisse, la prise en charge est différente, car elle est prise en charge directement, dès la connaissance de la grossesse. La majorité des accouchements sont pris en charge directement, dans un milieu sain et avec des personnes qualifiées. Dès que la femme sait qu'elle est enceinte, un processus commence à ce moment précis.

Le processus de la démarche administrative de la grossesse en Suisse, commence par le test de grossesse que la femme peut acheter dans toutes les pharmacies. Dès que sont test est positif, elle va chez son gynécologue qui confirme son premier test et fixe la date de l'accouchement. Le gynécologue interroge la future mère pour savoir si dans sa famille ou dans celle de son mari, il n'y a pas de maladie génétique. Une prise de sang est faite, pour déceler tout risque de maladie. Elle doit donc maintenant envoyer des documents aux

[4] Définition approuvée par le Fonds des Nations Unies pour la Population et la Banque Mondiale

allocations familiales ainsi qu'à l'assurance maladie. La future maman reçoit un guide, les informant tous les examens à faire durant sa grossesse. A partir du 4ème mois, chaque mois, la femme doit faire des consultations prénatales (analyse d'urine, prise de sang et échographie), et ceci jusqu'au dernier mois de la grossesse.

Lorsqu'elle ressent ses premières contractions, elle est admise dans un centre médical (prédéfinit avant l'accouchement) et elle est prise en charge par des sages-femmes qui vont s'occuper d'elle, jusqu'à la naissance de l'enfant.

Lorsque l'enfant est né, les parents ont doit à un congé de maternité/paternité, et celui-ci est décidé selon le temps que la mère fait pour se remettre de l'accouchement, car il y a des accouchements difficiles.

En Suisse, ainsi que dans les autres pays développés, nous n'avons pas ce problème d'être assistée ou non par un personnel soignant. Car les femmes ont le droit, l'habitude et l'accès aux soins. C'est inscrit dans nos mœurs et il est normal pour une femme d'aller dans un centre hospitalier pour donner la vie.

Dans les pays en développement, les femmes n'ont pas l'habitude d'aller dans un centre médical dès l'annonce de leur grossesse pour savoir s'il y a des complications et souvent, elles n'ont pas le droit d'accéder dans ces lieux, car le mari n'est pas d'accord que la femme aille se faire hospitaliser dans un centre médical.

C'est pour cela que l'OMD 5 vise à instaurer des centres où ces femmes peuvent trouver un soutien ainsi qu'une personne sachant quoi faire en cas de complication. Cet objectif essaie aussi que les femmes aient l'habitue d'aller faire des contrôles tout au long de leur grossesse.

5. Les droits humains

La mortalité maternelle est aussi causée du fait de l'injustice sociale qu'il y a dans ces pays. La mortalité maternelle n'est donc pas seulement du à un problème sanitaire.

Les droits que devraient avoir ces femmes sont regroupées dans quatre catégories. Le droit à :

- L'accès des soins et de décider si la femme veut avoir un enfant
- L'accès des services sanitaires
- L'éducation sexuelle
- L'égalité des femmes, pour qu'elles puissent se rendre en consultation sans le consentement de leur mari

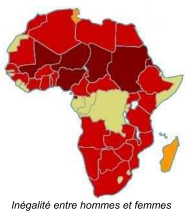
Beaucoup de femmes sont privées de ces droits fondamentaux, et c'est pour cela que l'Etat et le gouvernement doivent se charger de les faire respecter. Pour cela, l'Etat va devoir modifier les lois qui empêchent les femmes de bénéficier des soins durant leur grossesse sans l'accord de leur mari. Après, il faut faire appliquer les lois en faveur du droit de la femme, pour protéger l'état de santé de la femme. Par exemple, instaurer un âge minimum pour le mariage et garantir un accès à des soins essentiels. Et pour finir, il faut inscrire les lois de la personne humaine dans les législations, afin de favoriser la matérialité sans risque.

Ces droits sont inscrits dans de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui est un idéal commun à atteindre pour toutes les nations, pour que cette déclaration soit ancrée

dans l'éducation et dans les esprits de tous les citoyens, afin que chaque être humain ait ses droits.

5.1 Les femmes en Afrique

Les femmes, dans la plupart des pays d'Afrique, n'ont pas le même rang social que les hommes. Entre 15 ans et 51 ans, seulement 51% des femmes savent lire et écrire, alors que chez les hommes le pourcentage et de 68%. Cet analphabétisme fait que les femmes sont inégales face aux hommes, du fait qu'elles n'ont pas la possibilité de faire des études. Les hommes ont droit à une meilleure éducation que les filles, et cela permet donc à ce qu'ils ont un meilleur métier, une meilleure vie. C'est pour cela que le deuxième OMD à été créé[5]



Inégalité entre hommes et femmes

Les zones les plus touchées par l'inégalité des droits sont les zones les plus foncées. Nous pouvons voir que c'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus touchée par cette injustice sociale. Du fait que les femmes n'aient ni accès à une bonne éducation ni aux mêmes droits que les hommes, l'homme est en position dominante et la femme est soumise aux choix de l'homme. L'homme prendra des décisions à sa place, même lorsque les décisions touchent la santé de la femme. Si le mari ne veut pas que sa femme aille en consultation lors de sa grossesse, elle n'a pas le choix, elle ne pourra pas aller chez le médecin, car c'est l'homme qui prend les décisions.

En Afrique, la société est réglée autant par les droits coutumiers, issus de traditions millénaires, que par les droits inscrits dans les lois des institutions étatiques, qui sont les droits qui permettent à la femme d'être reconnue en tant que telle. Car les droits coutumiers sont malheureusement les droits qui sont appliqués dans certains pays d'Afrique. Ces droits ne permettent pas à ce que la femme est une place dans la société. La femme est soumise à son mari, elle n'a pas le droit de procéder des terres et elle ne peut pas prendre des décisions. Elle dépend donc de l'homme.

[5] Illustration tirée de http://www.oecd.org/document/30/0,3343,fr_2649_33935_39362462_1_1_1_1,00.html

5.2 Les femmes au parlement

En 1975, le Centre Africain pour le Genre de Développement (CAGD) est créé par les Nations Unies, lors de la Première Conférence de la Femme, à Mexico, afin que les femmes d'Afrique puissent avoir un réseau entre elles pour pouvoir augmenter leur capacité d'influence au sein du monde politique. Car auparavant, elles n'avaient aucun moyen d'influence sur la politique, généralement entre les mains des hommes. C'est pour cela qu'elles ne pouvaient avoir leurs droits respectés. Le CAGD permet aux femmes d'exister, en étant plus fortes. Lors de la Troisième Conférence Mondiale, en 1985, les femmes ont acquis le droit à la porale sur les lieux de prises de décisions. A partir de 1997, on constate une augmentation de femmes dans le parlement. Selon les statistiques faites en Afrique, entre 1997 et 2006, le taux de femmes au parlement est passé de 10% à 17%. Ce taux démontre que les femmes commencent à avoir de l'importance dans les prises de décisions en politique. Mais si nous faisons une comparaison avec la Suisse, le taux des femmes au parlement en 1971 déjà, lorsque l'égalité des sexes en politique a été instaurée, est de 5%. Actuellement, il y a 29% de femmes dans les chambres fédérales.

5.2.1 Les progrès réalisés grâce aux femmes au parlement

Laisser la parole aux femmes a permis à ce que des lois soient créées pour venir en aide aux femmes mises à l'écart. Leur influence a permis d'augmenter le budget de l'éducation et de la santé, ce qui a permis de construire divers infrastructures, d'améliorer le système éducatif pour donner à la population une meilleure éducation et les conditions de vie. Auparavant, lorsque les femmes n'avaient pas le droit de donner leurs points de vue, d'être entendue, beaucoup de problèmes et de questions laissées de côté. Les hommes ne se mettent pas forcément à la place des femmes, ils ne voient pas l'importance des programmes sociaux pertinemment à la promotion des femmes et de leurs droits. Depuis les années nonante environ, les mentalités ont commencé à changer. Si dans le monde politique, il y a l'égalité des sexes, cela prône l'égalité dans la vie de tous les jours. Ces femmes parlementaires montrent une nouvelle image de la femme au reste de la population, changent les idées machistes des hommes et donnent l'envie et la force aux jeunes filles de ce battre pour pouvoir un jour être entendues. Cela permet d'éduquer les filles au changement et de les rendre conscience qu'elles ont autant de capacités que les hommes.

Actuellement, il y a toujours une inégalité entre les hommes et les femmes au parlement, certes moins importante que dans les années huitante. Mais il y a seulement 17% de femmes dans un parlement. Ce pourcentage n'est pas encore suffisant. La femme apporte autant d'idées que les hommes, elle devrait donc aussi être entendue de la même manière. Mais il y a quand même une évolution par rapport aux années précédentes. La femme réussit petit à petit à avoir de l'importance. Ce combat doit continuer. En effet, grâce à ces femmes, des vies peuvent être sauvées.

5.3 Le protocole de la Charte Africaine des Droits de l'Homme

Le 11 juillet 2003, lors du second sommet de l'**Union Africaine** (**UA**) à Maputo, au Mozambique, le nouveau protocole a été approuvé par plusieurs pays tels que le Bénin, le Malawi, l'Afrique du Sud, le Togo, le Nigéria, la Namibie, la Lybie et bien d'autres encore. Il permet aux femmes africaines d'acquérir de nouveaux droits. Les pays qui ont signé ont l'obligation de garantir l'élimination de toute discrimination à l'égard des femmes, de garantir une politique d'égalité entre les hommes et les femmes et de les protéger des pratiques traditionnelles nocives (les violences faites par les hommes aux femmes et l'excision, par exemple). Ce qui veut dire que toutes femmes à droit d'être respectées, d'avoir une participation aux prises de décisions et d'assurer leur sécurité.

6. L'Objectif du millénaire au développement 5

6.1 Mesure de la mortalité

L'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**), **le Fonds des Nations Unies pour l'enfance** (**UNICEF**), le **Fonds des Nations Unies pour la population** (**UNFPA**) et la Banque mondiale se sont réunis afin de trouver une méthode d'analyse visant à évaluer le rapport de mortalité maternelle entre 1990 et 2005, au niveau régional et mondial.

Dans le monde, en 2005, on estime que près de 536 000 femmes meurent chaque année suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Les 99% de ces décès, soit 533 000 décès, surviennent dans les pays en développement ; plus de la moitié (270 000) se produisent en Afrique subsaharienne. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud (188 000 décès), représentent ensemble 86% du total des décès maternels dans le monde.

6.1.1 Les méthodes et les explications

Les estimations ont été effectuées par l'OMS, l'PNUD, l'UNICEF ainsi que la Banque mondiale. Elles portent sur 171 pays ; les pays de moins de 250 000 habitants ont été supprimés des calculs. Plusieurs méthodes ont été utilisées, selon les données de mortalité maternelle.

Six méthodes différentes sont employées pour mesurer la mortalité maternelle d'une région ou d'un pays :

1. Systèmes d'enregistrement des données d'état civil : les naissances et les décès sont systématiquement enregistrés ; des erreurs peuvent être commises, car des décès maternels peuvent être oubliés ou incorrectement classés.
2. Enquêtes dans les ménages : s'il n'y a pas de données d'état civil, cette enquête est mise en œuvre, mais elle est très limitée ; cette enquête comptabilise les

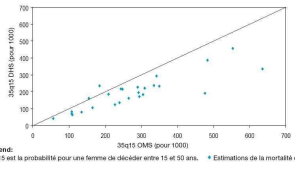
décès liés uniquement à la grossesse, cette enquête est coûteuse et il y a un manque de fiabilité.

3. Méthodes des sœurs : on récolte des données en interrogeant la population, pour connaître le nombre de sœurs adultes ayant été mariées, combien sont encore en vie ou sont décédées au cours de la grossesse, de l'accouchement ou durant les quarante-deux jours après l'accouchement. Avec cette méthode les estimations fournissent des chiffres représentant la situation environ cinq ans avant l'enquête.
4. Etudes sur la mortalité chez les femmes en âge de procréer, **Reproductive-Age Mortality Studies** (**RAMOS**) : les données sont prises de registres d'état civil, des interviews de la famille, des accoucheuses professionnelles. On enquête sur les causes de tous les décès de femmes en âge de procréer dans une zone.
5. Autopsie verbale : lorsque le certificat médical du décès n'existe pas, les causes du décès sont demandées à la famille ou à des proches. Mais il y a beaucoup d'erreurs, car la famille ne connaît forcément pas la cause exacte du décès, ce qui fausse les estimations.
6. 6. Recensements : il y a moins d'erreurs avec cette méthode, toutes les femmes sont recensées. L'identification des décès survenus sur une période courte permet d'obtenir des estimations récentes. Cette méthode est la plus appropriée pour la mesure de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne.

6.1.2 Les difficultés de l'enquête

Il est difficile de mesurer exactement le taux de mortalité maternelle dans une population. Car, lorsqu'une femme meurt, généralement elle est inscrite dans un registre, par l'état civil. Mais il se peut que l'enregistrement ne soit pas complet, ou alors qu'une femme en âge de procréer ne soit pas enregistrée. De même, lorsqu'une femme meurt, on ignore si cette femme était enceinte ou non au moment du décès et en cas de doute, ce décès ne sera pas enregistré en tant que décès maternel.

Donc pour pouvoir avoir le taux de mortalité maternelle le plus correct possible, les estimations sont faites de manières différentes : plusieurs méthodes sont étudiées pour obtenir un taux le plus juste possible.



Comparaison des enquêtes par la méthode des sœurs (35q15 DHS) et des estimations OMS (35q15 OMS) de la mortalité chez la femme adulte

Tiré de : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596212_fre.pdf

Chaque espace de 100, représente 5 ans de vie chez une femme. Ce graphique illustre la difficulté des estimations et les différences des résultats obtenus par des méthodes différentes. La diagonale noire est la ligne sur laquelle devraient se trouver les points si les résultats des estimations des deux sources étaient identiques.

6.1.3 Analyse et interprétations

Sur un total de 536 000 décès maternels, plus de 90% (533 000 décès) sont survenus dans les pays en développement. La moitié (270 000 décès) en Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud avec près de 188 000 décès. Ces deux régions représentent donc 86% de l'ensemble des décès. Au total, près de quatorze pays font partis de l'Afrique Subsaharienne (Sierra Leone, Niger, Afghanistan, Tchad, Somalie, Angola, Rwanda, Libéria, Guinée-Bissau, Burundi, République démocratique du Congo, Nigéria, Malawi et Cameroun). Le risque de décès sur la durée de vie, dans ces pays, est maximal. Une femme sur vingt-six, en moyenne meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

En opposé, nous pouvons voir que les pays développés n'ont que 1300 décès et le risque de décès est d'une femme sur 7 300, ce qui est faible.

Estimations du rapport de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), en 2005

Région	1990*		2005*		% de variation du RMM entre 1990 et 2005	% annuel de variation du RMM entre 1990 et 2005
	RMM	Nombre de décès maternels	RMM	Nombre de décès maternels		
TOTAL MONDIAL	430	576 000	400	536 000	-5,4	-0,4
Régions développées**	11	1 300	9	960	-23,6	-1,8
Pays de la Communauté des Etats indépendants (CEI)***	58	2 800	51	1 800	-12,5	-0,9
Régions en développement	480	572 000	450	533 000	-6,6	-0,5
Afrique	830	221 000	820	276 000	-0,6	0,0
Afrique du Nord****	250	8 900	160	5 700	-36,3	-3,0
Afrique subsaharienne	920	212 000	900	270 000	-1,8	-0,1
Amérique latine et Caraïbes	180	21 000	130	15 000	-26,3	-2,0
Asie	410	329 000	330	241 000	-19,7	-1,5
Asie du Sud	620	241 000	490	188 000	-21,1	-1,6
Asie du Sud-Est	450	56 000	300	35 000	-32,8	-2,6
Asie occidentale	190	8 500	160	8 300	-16,2	-1,2
Asie orientale	95	24 000	50	9 200	-47,1	-4,2
Océanie	550	1 000	430	890	-22,2	-1,7

Tiré de : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596212_fre.pdf

Estimations du nombre de décés maternels, du risque sur la durée de vie, du RMM, en 2005

Pays	Groupe*	PDM ** (%)	Nombre de décès maternels	Risque de décès maternel sur la durée de vie : 1 sur	RMM (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)
Afrique du Sud	F	6	4 300	110	1 800
Allemagne	A		29	19 200	4
Angola	H	34	11 000	12	1 400
Cameroun	C	37	5 700	24	1 000
Etats-Unis d'Amérique	A		440	4 800	11
Ethiopie	C	28	22 000	27	720
France	A		59	6 900	8
Guinée	C	40	3 500	19	910
Kenya	C	32	7 700	39	560
Nigéria	H	34	59 000	18	1 100
Norvège	A		4	7 700	7
Rwanda	C	35	4 700	16	1 300
Somalie	H	33	5 200	12	1 400
Soudan	H	23	5 300	53	450
Suisse	A		4	13 800	5
Tchad	C	50	6 900	11	1 500
Ukraine	A		71	5 200	18
Zimbabwe	H	21	3 400	43	880

Tiré de : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596212_fre.pdf [6]

*La colonne « groupe » indique le type de données utilisées :

A Registres d'état civil considérés comme complets, avec indication correcte de la cause de décès - B Registres d'état civil considérés comme complets, mais avec indication incertaine ou incorrecte de la cause de décès - C Estimations par la méthode directe des sœurs - D RAMOS - E Surveillance des maladies ou enregistrement des données d'état civil sur des échantillons de population - F Recensements - G Etudes spéciales - H Pas de données nationales sur la mortalité maternelle.

**PDM signifie la proportion de décès maternels parmi les décès de femmes en âge de procréer

[6] Données complètes en annexe II

Ces pays choisis sont ceux qui frappent le plus. En analysant ce graphique, les chiffres nous permettent directement de savoir sir tel ou tel pays est un pays en développant ou développé.

Les pays développés (violet) ont un nombre de décès maternels très bas, alors que les pays en développement (vert) en ont un très élevés. C'est pour cela que tant d'organisations humanitaires travaillent à la diminution de ce nombre astronomique et choquant de décès, pour construire un monde où la pauvreté, les décès évitables et les inégalités soient diminués.

6.2 L'objectif sera-t-il atteint ?

Ces estimations nous démontrent que la situation de la mortalité maternelle dans le monde pose un grand problème et qu'il est donc nécessaire d'améliorer les mesures qui permettent de réduire la mortalité maternelle dans le monde. Il faudra ainsi, intensifier les efforts, afin de d'affiner les calculs, pour avoir des estimations les plus justes.

Comparaison de la mortalité maternelle entre 1990 et 2005

Région	1990*		2005		% de variation du RMM entre 1990 et 2005	% annuel de variation du RMM entre 1990 et 2005
	RMM	Décès maternels	RMM	Décès maternels		
Afrique	910	205 000	900	261 000	-1,5	-0,1
Amériques	130	21 000	99	16 000	-25,4	-2,0
Asie du Sud-Est	650	253 000	450	170 000	-30,6	-2,4
Europe	39	4 800	27	2 900	-30,2	-2,4
Méditerranée orientale	380	55 000	420	66 000	10,8	0,7**
Pacifique occidental	120	37 000	82	20 000	-30,1	-2,4
Total mondial	**430**	**576 000**	**400**	**536 000**	**-5,4**	**-0,4**

Tiré de : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596212_fre.pdf

L'objectif du millénaire 5 est de faire baisser la mortalité maternelle de 75% entre 1990 et 2015, soit 5.5% par année. Mais en 2005, les analyses démontrent qu'au niveau mondial, le RMM ne baisse que de 1% par année, ce qui est largement insuffisant pour atteindre l'objectif.

Les efforts devront être axés, surtout, en Afrique subsaharienne, car la baisse annuelle est d'environ 0.1%, ce qui est très insuffisant pour atteindre le cinquième OMD.

Pour ce faire, des efforts concernant l'amélioration des soins de santé des femmes ainsi que des soins obstétricaux d'urgence devront être entrepris, et il faudra améliorer la prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque.

La deuxième partie du cinquième OMD, vise à ce que 90% des accouchements se passent avec l'assistance de personnes qualifiées. On constate que la situation a de la peine à évoluer

là ou les décès maternels restent un problème majeur. En Afrique, moins de 50% des accouchements sont réalisés par un personnel qualifié.

Mais jusqu'à maintenant, la proportion des grossesses assistées a passé de 47% à 57% entre 1990 et 2005 dans toutes les régions en développement.

6.3 À l'avenir

A supposer qu'en 2015, le cinquième OMD soit atteint, le changement de mœurs ainsi de mentalités des populations est changé, va-t-il rester comme à la fin de l'objectif ou va-t-il redevenir comme avant tous ces efforts fournis pour l'égalité des sexes et les droits de la femme? Le travail fait pour atteindre cet objectif a été axé sur les droits de la femme. Dans les pays en développement, les femmes n'ont pas les mêmes droits que les femmes des pays développés. Donc pour l'amélioration de l'objectif, les mentalités des hommes ont du être changée, pour que les femmes aient enfin leurs droits d'acquis (droit à des consultations lors leur grossesse, droit à avoir un personnel qualifié lors de son accouchement).

En quinze ans, beaucoup de choses ont changé, mais vont-elles rester changées ? Pour moi, je pense que la différence sociale entre les femmes et les hommes est améliorée, mais pas autant que dans les pays où la femme est maître d'elle-même et prend ses décisions. Cette différence a toujours existé. Les femmes des pays développés ont réussi, après plusieurs années, à être acceptées dans la société. Les femmes, dans les pays en développement, se sont fait aider par des organisations humanitaires pour pouvoir avoir des droits, et même avec notre aide, le taux d'amélioration, pour l'instant, pour ce cinquième OMD n'est que de 0.1% pour l'Afrique au lieu de 5.5%.

Quinze ans, c'est trop court pour obtenir des changements de mentalités qui permettront d'améliorer l'égalité entre les hommes et les femmes.

Mais la question qu'il faut se poser avant tout est est-ce que nous, pays développés, avons-nous le droit d'imposer nos mœurs aux pays en développement ? Selon moi, imposer nos mœurs, des mœurs de pays développés, ne sert et ne servira à rien. Car pour eux, c'est normal que les hommes soient supérieurs aux femmes. Pour changer des mœurs inscrites depuis des millénaires, il faut du temps. Donc je pense que le changement de mentalité va se faire un jour, mais que ce jour n'est pas encore arrivé, vu les résultats obtenus jusqu'à maintenant avec l'objectif.

7. Conclusion

Ce Travail de Maturité m'a permis de constater que les droits de la femme ne sont pas encore appliqués dans certains pays d'Afrique. Ce problème implique un taux élevé de décès maternels, car ces femmes n'ont pas accès à des centres hospitaliers avec un personnel soignant. C'est pour cela que le cinquième objectif du millénaire au développement a pour but de réduire cette mortalité.

Depuis l'an 2000, de nouvelles infrastructures sont mises en place, pour qu'afin ces femmes puissent être suivies tout au long de leur grossesse ainsi que leur accouchement. Car plus de 600 000 femmes meurent dans le monde suite à des complications. Ces complications peuvent être arrangées si elles sont prises en charge rapidement, et par une personne qualifiée.

Le manque de personnels qualifiés est un problème dans ces zones touchées par la mortalité. Des femmes accouchent en présence de matrones (femmes d'âges mures, qui ont-elles-même vécu un accouchement), mais elles ne connaissent pas les soins et les gestes appropriés lors d'un accouchement. Et lorsqu'il y a des complications, les matrones ne sont pas préparées à ce genre d'interventions, donc la mère ou l'enfant peut perdre la vie.

Jusqu'à maintenant, des infrastructures ainsi que des personnels qualifiés sont sur place, afin d'aider ces femmes. Ces aides sont présentes lors de l'accouchement, mais aussi tout au long de la grossesse. Ils expliquent à la famille les droits de la femme, afin que les mentalités puissent un jour changer. Car les mœurs sont présentes dans leur vie de tous les jours et sans ces mœurs, les droits de la femme ne sont pas respectés. Pour eux, la femme n'a pas le droit de décider si elle veut aller dans un centre médical pour être sur que sa grossesse se déroule bien, c'est uniquement si le mari donne son accord. Donc la femme est soumise aux règles faites par les hommes.

C'est pour cela, que depuis les années 90, des femmes en Afrique subsaharienne essaient de s'imposer petit à petit dans les politiques. Elles veulent être entendues, pour que les femmes soient reconnues au même niveau de l'homme. Car à cause de ces inégalités, les femmes ne font pas d'études et sont donc obligées d'obéir à leur mari, étant donné qu'elles n'ont aucune éducation.

Mais le chemin est encore long. Car jusqu'à maintenant, l'objectif a de la peine à s'améliorer. Il a pour but de faire baisser la mortalité maternelle de 75% entre 1990 et 2015, soit 5.5% par année. Mais en 2005, les analyses démontrent qu'au niveau mondial, le RMM ne baisse que de 1% par année, ce qui est largement insuffisant pour atteindre l'objectif. En en Afrique subsaharienne, la baisse annuelle est d'environ 0.1%, ce qui est très insuffisant pour atteindre le cinquième OMD.

Ce qui veut dire que, pour que cet objectif soit atteint, il faut que les mentalités des hommes changent plus rapidement. Car tous ces décès peuvent être évités si ces femmes peuvent enfin avoir leurs droits respectés. Et aussi il faut qu'il y ait de nouvelles infrastructures, car le nombre est encore insuffisant.

8. Résumé

9. Remerciements

10. Annexes

I. Interview :

L'interview s'est passée par E-mail. Marjolaine Thomas est diplômée de l'école de sage-femme de Genève depuis une année.

– ***Bonjour, pouvez-vous m'expliquer exactement, quelle est votre expérience par rapport à ma thématique sur l'objectif du millénaire 5 ?***

Bonjour, je suis diplômée de l'école de sage-femme de Genève depuis une année. Je travaille à 80% à la maternité du CHUV et à 20% avec les femmes enceintes migrantes, souvent dépourvues de certains droits, on parle là de la médecine à double vitesse. J'ai choisis ce métier magnifique afin d'avoir entre les mains des moyens concrets pour promouvoir les droits de la femme et lutter pour une maternité à moindre risque. Mon expérience n'a pas de grande valeur, mais j'espère pouvoir l'approfondir au fil du temps avec de l'expérience. Je suis partie à plusieurs reprises durant ma formation à l'étranger afin d'entrevoir certaines pratiques obstétricales dans un certain ailleurs. Une année au Mexique où j'ai eu l'occasion de travailler avec des matrones (sage-femme empirique traditionnelle = formée par les accoucheuses des villages), puis 3 mois en brousse au Sénégal. Cette deuxième expérience m'a bouleversée, car j'ai pu voir de mes propres yeux ce que subissent encore les femmes en l'an 2000 dans le simple fait d'enfanter.

J'ai assisté à des excisions de petites filles, à la mort de femmes qui accouchent, faute de soins, faute de moyens, et faute de personnel soignant formé. Des femmes violées, battues, torturées au nom de pas grand chose. Ce vécu là m'a permis de remettre en question ma propre pratique sage-femme. J'ai fait mon mémoire de fin d'étude sur la pratique de la sage-femme face aux recommandations de l'OMS pour une maternité à moindre risque, face à la promotion des droits de la femme et à notre éthique professionnelle tout en respectant les pratiques traditionnelles.

Je travaille actuellement au CHUV, hôpital universitaire, leurs protocoles ne respectent pas les recommandations de l'OMS, et certaines des pratiques exercées sont considérées comme violentes pour la femme selon toujours l'OMS. Ce que je veux dire par là, c'est que cette thématique touche toutes les femmes du monde: de la suisse jusqu'en pleine brousse. Il est très difficile de jongler entre le respect des pratiques traditionnelles, et les recommandations de l'OMS. La maternité à moindre risque est un projet qui date ; des mesures auraient dû être mises en place déjà pour le passage de l'an 2000 mais pas grand chose n'a évolué, mis a part qu'en l'an 2000, environ 500'000 femmes mouraient chaque année suite à des complications dans le prénatal, l'accouchement et au post-partum, et qu'en 2009 ce chiffre a dépassé les 600'000[7].

[7] Augmentation de 20% entre 2000 et 2006, alors que la population mondiale a augmenté de 12% (6,058 milliards en 2000 et 6.842 milliards en 2009)

– ***Est-ce que la santé maternelle pourrait devenir une priorité pour tous ?***

A mon sens, la santé maternelle ne pourra pas devenir une priorité pour les politiques tant que les droits de la femme ne seront pas reconnus. L'ONU a dû créer les droits de la femme, cela prouve à quel point la femme n'est pas reconnue à travers le monde. La femme ne fait-elle pas partie de l'Homme avec un grand H ?!

– ***Qu'est-il mis en œuvre pour garantir une bonne grossesse et un bon accouchement à toutes ces femmes ?***

A l'étranger, les causes de mortalité maternelle sont principalement: pas de sage-femme ou de personnels soignants adéquats (il manque 80'000 sage-femme à travers le monde), hémorragies, pré éclampsie (le placenta travaille mal et provoque une hypertension gravidique chez la femme pouvant causer la mort de la mère et de l'enfant) et l'infections.

Les politiciens se sont engagés à former un personnel soignant, mais le problème est qu'une fois formé ce personnel s'en va dans les pays dit développés.Les femmes dans certains pays n'ont pas un enfant, mas entre dix et quinze enfants. Les tissus sont donc très mous au lieu d'être tonique. Une fois l'accouchement fait, l'utérus (un muscle) ne se contracte pas, la femme se vide alors de son sang..

– ***Que faudrait- il pour faire changer cela ?***

Un planning familial, afin de limiter les grossesses et proposer une contraception simple et efficace. La formation de sages-femmes afin d'exercer certains gestes pouvant réduire l'hémorragie, des médicaments offerts et non payants. Car dans certains pays d'Afrique tout s'achète. Donc certaines femmes meurent devant le personnel, car elles n'ont pas les moyens d'acheter des perfusions et des médicaments.

Lors d'une pré-éclampsie, un suivi de grossesse adéquat peut prévenir cette cause de mortalité, on en revient donc au personnel soignant adéquat. Le sulfate de magnésium est défini par l'OMS comme le traitement de choix pour tous les pays du monde. Malheureusement concrètement ce produit explose avec la chaleur et les secousses. Donc en brousse, ce n'est pas pratique.

L'accouchement n'est pas forcément le moment critique, seul un enfant trop gros (macrosomie), un enfant mal positionné (asynclite), les grossesses multiples (jumeaux, triplés) peuvent provoquer la mort maternelle et fœtale avec encore l'hémorragie au moment de la délivrance du placenta. Là encore, une femme suivie pendant sa grossesse par une sage-femme formée et non malheureusement une matrone peut éviter d'y rester en accouchant. La sage-femme même avec peu de moyens, sans ultrason (échographie), peut avec ses mains et son sens clinique affirmer s'il y a un ou plusieurs fœtus, si l'enfant se présente en siège (les fesses en bas) ou en céphalique (la tête en bas), s'il est trop gros (macrosomie) ou trop petit (RCIU). Si tel est le cas, la sage-femme transférera la femme dans une maternité en ville avec les moyens nécessaires qui lui sauvera la vie.

– ***Est-ce difficile de garantir cette grossesse à moindre risque ?***

Oui, extrêmement. Il y a toujours un fossé entre la théorie, les recommandations des grandes institutions internationales et les pratiques concrètes.