

ÉDUCATION ET SANTÉ

ILLUSTRATION À PARTIR DU CAS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Pierre CANTRELLE *

D'une manière générale, les études dont l'objectif est de distinguer le rôle de l'éducation, parmi les déterminants de la santé, visent à mettre en évidence des différences de mortalité selon le niveau de scolarisation de l'individu lui-même, de son père ou de sa mère, etc.

Deux types de déterminants, souvent négligés, pourraient utilement compléter ceux-ci :

- l'information des individus dans le domaine de la santé ;
- la formation et l'éducation des personnels de santé.

1. L'ÉDUCATION DES MÈRES ET LA MORTALITÉ DE LEURS ENFANTS

La mise en évidence de l'influence de la scolarisation des mères sur la mortalité de leurs enfants est délicate car leur éducation est liée, par exemple à leur niveau de vie ; des analyses, qui ont distingué les deux facteurs, ont conclu que « la moitié, environ, de l'effet positif de l'éducation des mères sur la survie des enfants est imputable à une position économique plus favorable » (NATIONS UNIES, 1985).

Le rôle de la scolarisation n'est pas universellement démontré. Au Nigeria, dans un groupe de femmes dont les maris occupent un emploi dans le secteur moderne (indicateur indirect du niveau de vie), la survie des enfants de mères de niveau scolaire secondaire est 2,5 fois supérieure à celle des enfants de mères illettrées (CALDWELL, 1979) ; cependant, au Cameroun, l'enquête sur la mortalité infantile de Yaoundé n'indique pas de différences de mortalité selon la scolarisation des mères (DACKAM, 1987). La scolarisation n'est pas le facteur le plus discriminant ; une analyse multivariée, sur des données du Cameroun et du Zaïre montre que la scolarisation de la mère joue un rôle moins important que l'appartenance ethnique dans la survie de l'enfant (AKOTO et TABUTIN, 1987).

* Orstom, Paris.

2. LA MORTALITÉ MATERNELLE

Une approche plus spécifique peut être proposée à partir d'une catégorie de soins : les vaccinations ou la lutte contre les diarrhées. Le cas retenu est celui de la santé maternelle, encore appelée *santé de la reproduction* ; ses aspects sont divers : pratiques d'excision, maîtrise de la fécondité, stérilité, mortalité et morbidité liées à la grossesse et à l'accouchement. On se limitera à la mortalité maternelle, indicateur dont les valeurs peuvent se comparer.

2.1. Définition

Selon la classification internationale des maladies (OMS, 1975), la mortalité maternelle est définie comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient 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 » ; le taux de mortalité maternelle se calcule par rapport au nombre de naissances vivantes.

2.2. Rappel historique

Premier pays à compter les décès maternels sur l'ensemble de son territoire, la Suède commence cette statistique en 1750 (HOGBERG et WALL, 1986). Pour 100 000 naissances, le taux de mortalité maternelle dépasse alors 1 000 décès ; après une période de stagnation jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, il baisse lentement entre 1805 et 1930 jusqu'à 300 décès, puis, en une cinquantaine d'années, jusqu'à 10 décès (fig. 1). L'évolution est similaire en Angleterre-Galles, en France et aux États-Unis d'Amérique.

PAPIERNIK (1989) a donné une interprétation de cette évolution. Au cours du XVIII^e siècle, les acquis techniques de l'obstétrique (délivrance artificielle, usage du forceps) conduisent à cette lente réduction de la mortalité maternelle alors qu'apparaît la limitation des naissances ; celle-ci se répand en Europe au XIX^e siècle et diminue la proportion des multipares, donc celle des grossesses à risques. Les pratiques d'asepsie liées à l'ère pastorienne ont dû avoir un effet sensible. À partir de 1930, les progrès résultent de nouvelles améliorations techniques – en particulier la pratique d'interventions obstétricales (césarienne segmentaire) –, à la diffusion de la pénicilline et au changement de comportement (l'accouchement en milieu

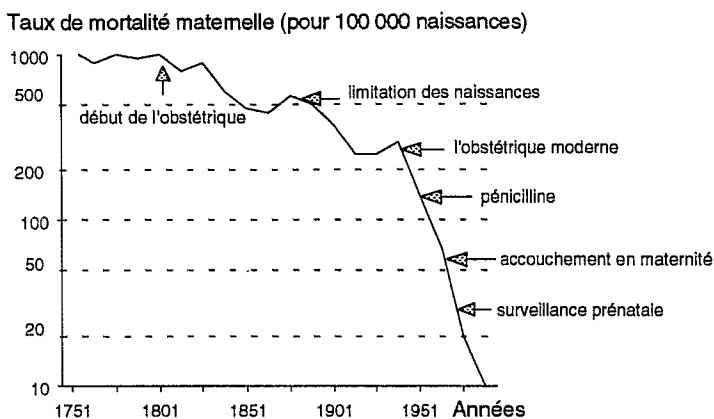


FIG 1. – Mortalité maternelle en Suède de 1751 à 1980
(source : HOGBERG et WALL, 1986).

2.3. Le cas de la Guinée

En Moyenne Guinée rurale, les taux de mortalité maternelle sont actuellement ceux de la Suède vers 1750 et dépassent 800 décès pour 100 000 naissances (CANTRELLE *et al.*, 1992). Les conditions géographiques spécifiques et les aspects culturels particuliers, alliés à la situation des formations sanitaires, peuvent expliquer le niveau observé.

La dispersion de l'habitat en petites localités, l'état des chemins, lié au relief accidenté et aggravé par l'absence d'entretien pendant les années de l'ancien régime, semblent constituer une entrave majeure à la liaison entre les domiciles et les maternités où seulement 10 % des accouchements ont lieu. Pour expliquer la non-fréquentation des maternités, les familles enquêtées évoquent leur éloignement, l'absence de moyens de transport et le manque d'argent.

La moitié des accouchements à domicile ont lieu sans assistance ; selon la coutume, la femme accouche seule, avec « Dieu » ; en milieu urbain, en revanche, à Conakry en particulier, les femmes accouchent le plus souvent en maternité.

La mortalité maternelle en Moyenne Guinée rurale est aujourd'hui plus élevée qu'elle ne l'était au Sénégal, il y a vingt ans (CANTRELLE, 1967) dans le Sine (690 décès pour 100 000 naissances) et dans le Saloum (550 décès pour 100 000 naissances). Au regard de l'état des routes, la situation du Sine et du Saloum est meilleure que celle de la Moyenne guinée. De plus, la tradition de l'assistance à

l'accouchement qui se retrouve également, chez les Diola en Casamance (PISON, *comm. pers.*) favorise une moindre mortalité maternelle.

CONCLUSION

L'amélioration des techniques a joué un rôle déterminant en Europe dans le processus de baisse de la mortalité maternelle. En Afrique, la diffusion de ces techniques dans les services de santé n'est pas suffisante ; d'autre part, il faut qu'à l'offre de services corresponde une demande qui ne peut venir que d'une modification des comportements des femmes, ce qui, en Moyenne Guinée, permettrait de réduire la mortalité maternelle. On ne peut attendre les résultats d'un accroissement de la scolarisation pour que les comportements se modifient. À court terme, il s'agit d'abord d'une question de communication et d'information.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES