

CHAPITRE 32

DE LA MORTALITÉ MATERNELLE À LA MORTALITÉ LIÉE À LA GROSSESSE *Évolution des concepts et émergence de nouvelles causes de décès*

Myriam Khat* et Agnès Guillaume**

* *Institut national d'études démographiques, Paris,*

** *Institut de recherche pour le développement, Paris*

Introduction

La mortalité maternelle est, de tous les indicateurs de santé, celui pour lequel les écarts entre pays du Nord et pays du Sud sont les plus prononcés. À l'échelle mondiale, on considère que près de 4 décès maternels sur 5 sont attribuables à des causes obstétricales directes, dont les principales sont : les hémorragies, les infections, les éclampsies, les problèmes durant l'accouchement et les avortements à risques. Les 20 % de causes indirectes comprennent, entre autres, l'anémie, la malaria et les maladies cardiaques. Dans les pays occidentaux, l'amélioration des conditions sanitaires entourant la grossesse et l'accouchement au cours des dernières décennies a conduit à une baisse considérable de la mortalité maternelle.

Corrélativement, au cours de la dernière décennie, l'appréciation des causes à l'origine des décès maternels a évolué, avec l'apparition dans la dernière Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des concepts de mortalité maternelle tardive et de mortalité liée à la grossesse. Ceux-ci ont conduit à un élargissement du champ, tant au niveau de l'éventail des causes de décès concernées que de la durée de la période d'exposition au risque. Des causes de décès considérées auparavant comme fortuites sont à présent incluses dans le décompte, sachant que la notion de mortalité liée à la grossesse recouvre tous les décès, quelle qu'en soit la cause, survenus durant la grossesse, ou au plus tard un an après sa terminaison.

Nous proposons ici une revue critique des définitions et des différents systèmes de classification des décès de femmes enceintes ou en *post-partum* et une discussion de la philosophie sous-jacente à ces évolutions de concepts, de même que de leurs implications en terme de collecte, de mesure et d'action.

I. Définitions et concepts

La CIM n'est pas immuable : elle est révisée de façon périodique, de manière à prendre en compte l'avancement des connaissances dans le domaine de la médecine et de l'épidémiologie, notamment l'apparition de pathologies émergentes telles que l'infection à VIH. Pour ce faire, un groupe d'experts dans le domaine de la santé est chargé de revoir dans le détail les rubriques de la classification et de proposer à l'Assemblée mondiale de la santé une nouvelle version. Il s'ensuit que certaines définitions de maladies ou causes de décès peuvent évoluer de façon notable d'une version à l'autre de la classification.

L'exemple des décès maternels est particulièrement instructif à cet égard. Dans l'avant-dernière version de la classification, la CIM-9, adoptée en 1975 (OMS, 1977, 1978) et de façon identique dans la dernière, la CIM-10, adoptée en 1989 (OMS, 1993, 1995), la mort maternelle se définit comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation*⁽¹⁾, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Dans ce cadre, les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- les décès par causes obstétricales directes : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ;
- les décès par causes obstétricales indirectes : ce sont ceux qui résultent d'une maladie pré-existante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Toutefois, les normes de notification de la mortalité maternelle ont changé avec l'adoption par la CIM-10 de deux nouveaux concepts :

- la mortalité maternelle tardive (*late maternal death*), qui se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse ;
- la mortalité liée à la grossesse (*pregnancy-related death*) qui se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort.

Aux États-Unis, le *Center for Disease Control* (CDC) qui a mené, en collaboration avec l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), une réflexion

1) Dans la CIM-10, la formulation est « quelle qu'en soit la durée et la localisation ».

portant sur la classification des décès maternels et la nécessité d'élargir les définitions de la CIM. Ce système CDC/ACOG (Ellerbrock, 1988 ; Krulewitch *et al.*, 2001 ; Alpert, 2001 ; Mertz *et al.*, 1992), distingue deux types de décès maternels : les décès *associés* à la grossesse (*pregnancy-associated deaths*), par opposition aux décès *liés* à la grossesse (*pregnancy-related death*). Le décès *associé* à la grossesse est défini comme étant « le décès d'une femme, quelle qu'en soit la cause, pendant la grossesse ou jusqu'à un an après la terminaison de la grossesse, indépendamment de la durée et du type de grossesse (*utérine vs extra-utérine*) ». Les décès *liés* à la grossesse sont un sous-ensemble des décès *associés* à la grossesse regroupant deux types de décès : les causes obstétricales directes et indirectes et ceux résultant d'un enchaînement d'événements ayant comme point de départ la grossesse. Par exemple, certains suicides ou homicide pourraient être considérés comme des décès liés à la grossesse. La définition par la CIM-10 du décès *liés* à la grossesse est comparable à celle du CDC/ACOG du décès *associé* à la grossesse, quoique la durée d'exposition *post-partum* diffère (un an au lieu de 42 jours). Aux États-Unis, l'interprétation des statistiques relatives aux décès *liés* à la grossesse nécessite de savoir si c'est la définition de la CIM-10 qui est utilisée ou celle du CDC/ACOG et l'existence même d'une double définition peut être à l'origine de confusions.

Le tableau 1 récapitule ces définitions en mettant en relief les différences en matière de cause du décès et de durée de la période *post-partum* d'exposition au risque et le tableau 2 en donne une comparaison simplifiée sur la base de ces deux critères (cause et période à risque). Judith Fortney (1990) fait remarquer très justement que, dans le cadre de la CIM-10, il aurait été plus logique d'attribuer la dénomination de décès *lié* à la grossesse au groupe restreint des décès obstétricaux directs et indirects et de réserver celui de décès *maternel* à tout décès survenu au cours de la période à risque, quelle que soit la cause. Le système de classification américain est plus cohérent, dans la mesure où il regroupe au sein des *pregnancy-related deaths* l'ensemble des causes obstétricales et certains homicides ou suicides. Dans ce cadre, l'expression *pregnancy-associated deaths* recouvre essentiellement une association statistique qui ne préjuge en rien de la causalité, alors que l'expression *pregnancy-related deaths* reflète l'existence d'une relation de type causal. Une différence importante entre les systèmes international et américain est la durée de la période *post-partum* à risque : 42 jours pour le premier, un an pour le second. D'une manière générale, on peut dire que le système américain a une conception plus large des décès maternels.

II. Interprétation des évolutions conceptuelles

Pourquoi avoir ainsi reformulé les concepts de mort maternelle, au niveau des causes de décès et de la durée de l'exposition au risque ? D'après Judith Fortney (1997), l'allongement à un an de la période à risque proviendrait d'une demande des pays développés, dans lesquels la médecine moderne est en mesure de retarder les décès au-delà de la période traditionnelle de 42 jours *post-partum*. Elle rappelle que, d'après le Center for Disease Control des États-Unis, 11 % des décès maternels sont survenus entre 42 jours et un an après la terminaison de la grossesse, bien qu'on ne sache pas lesquels parmi ces décès sont des décès de femmes dont la vie a été prolongée de façon artificielle grâce aux techniques médicales modernes. Par ailleurs,

Tableau 1. Définitions du décès maternel selon les classifications de l'OMS (CIM-9 et -10) et du CDC

Expressions utilisées	CIM-9	CIM-10	CDC
Décès maternels	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un <i>délai de 42 jours après sa terminaison</i> , 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	Idem CIM-9	-
Décès par causes obstétricales directes	Décès qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus	Idem CIM-9	-
Décès par causes obstétricales indirectes	Décès qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse	Idem CIM-9	-
Décès maternels tardifs	-	Décès d'une femme résultant d'une cause obstétricale directe ou indirecte survenus <i>plus de 42 jours mais moins d'un an après la terminaison de la grossesse</i> .	-
Mortalité liée à la grossesse (<i>pregnancy related death</i>)	-	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la cause.	Décès d'une femme pendant la grossesse ou moins d'un an après sa terminaison de causes obstétricales directes ou indirectes ou d'un enchaînement d'événements ayant comme point de départ la grossesse.
Mortalité associée à la grossesse (<i>pregnancy associated death</i>)	-	-	Décès d'une femme qu'elle soit la cause pendant la grossesse ou <i>moins d'un an</i> après la terminaison de la grossesse.

Tableau 2. Type de cause et période de référence pour les différentes catégories de décès maternels employées

Catégorie de décès maternels	Type de causalité			Période de référence en jours	
	Directe	Indirecte	Fortuite	0-42	43-365
Décès maternels	X	X	–	X	–
Décès maternels tardifs	X	X	–	–	X
Décès liés à la grossesse	X	X	–	X	X
Décès associés à la grossesse	X	X	X	X	X
X = inclus – = exclus					

elle souligne que plus le décès est éloigné de la terminaison de la grossesse, moins il y a de chances que le lien avec la grossesse soit fait. Par exemple, si une femme décède à 4 mois *post-partum* d'une insuffisance rénale, elle-même séquelle d'une éclampsie, il est très probable que son décès ne soit pas identifié comme un décès maternel, alors qu'un décès par éclampsie dans les quelques jours suivant l'accouchement a toutes les chances de l'être.

Le calcul de la mortalité maternelle au-delà de 42 jours *post-partum* pose toutefois un problème de comparabilité à l'échelle internationale. En effet, il n'est pas évident que la comparaison la plus pertinente entre un pays développé et un pays en développement soit sur la base de la même période de référence. L'exemple fourni par Judith Fortney (1990) est éclairant à ce sujet : si l'on veut comparer la France et le Bangladesh, faut-il le faire sur la base de la mortalité jusqu'à un an *post-partum* pour la France et jusqu'à 42 jours pour le Bangladesh ? À quel niveau de mortalité un pays devrait-il commencer à étendre la période à risque ? Ces questions sont à l'heure actuelle sans réponse.

L'élargissement de la définition des causes de décès maternel peut être pour sa part attribué à plusieurs phénomènes. Le recul considérable de la mortalité de causes obstétricales directes dans les pays développés (Ho *et al.*, 2002) a conduit à la prise en compte d'autres groupes de causes sur-représentées en période de grossesse et de *post-partum*, en faisant davantage le lien entre la grossesse et certains décès *a priori* fortuits, surtout en matière de morts violentes. Plus généralement, le phénomène des violences subies par les femmes a fait l'objet de nombreuses recherches à la fin des années 1990 (OMS, 2002). Dans le cadre de ces recherches, la grossesse et le *post-partum* sont effectivement apparues comme des périodes durant lesquelles les femmes sont particulièrement exposées à des phénomènes de violence, pouvant aller à l'extrême jusqu'au décès par homicide, accident ou suicide.

III. Discussion et conclusion

La question des définitions est importante en soi car elle révèle la manière dont on conçoit les phénomènes et conditionne les types d'action envisagés ainsi que la manière dont on évalue leurs résultats. De façon générale, l'évolution des concepts de

mortalité maternelle depuis deux décennies reflète le rôle croissant du raisonnement épidémiologique dans l'identification des facteurs sous-jacents aux décès de femmes en cours de grossesse ou pendant la période *post-partum*. La question des décès maternels, longtemps considérée comme strictement médicale et relevant essentiellement de programmes sanitaires, s'est maintenant enrichie d'une dimension sociologique. En incluant la violence comme cause de mortalité maternelle, on est amené à s'interroger sur les formes de violence, à en comprendre les fondements et à chercher les moyens d'intervention : lutter contre ce type de décès ne relève pas uniquement de l'action sanitaire mais de politiques familiales et sociales.

Les morts violentes en cours de grossesse ou *post-partum* ne concernent d'ailleurs pas uniquement les pays développés. Dans les pays en développement, un facteur important en la matière est la perception et l'acceptation sociale et familiale des grossesses non prévues ou non désirées. Rizzi *et al.* (2000) soulignent à ce propos que l'arrivée d'une grossesse peut entraîner un décès par suicide, homicide ou conduire à un décès lors d'un avortement à risque. Une grossesse hors mariage, mal tolérée par la société ou la famille, peut pousser la femme à l'avortement dans des conditions très risquées, voire au suicide ou à l'homicide. La lapidation au Nigeria de femmes ayant conçu hors mariage en est un exemple emblématique. À Matlab, au Bangladesh, une étude a montré que les femmes de 15-19 ans enceintes venant d'accoucher avaient un risque trois fois plus élevé de décéder de traumatismes que les autres (Ronsmans et Khat, 1999).

Un débat s'instaure à l'heure actuelle autour de la question de l'avortement : habituellement l'avortement provoqué est classé dans les causes obstétricales directes de décès et c'est une cause très importante en particulier dans les pays où cet acte est illégal ou d'accès très restrictif, ce qui est le cas de beaucoup de pays en développement. Mais l'avortement peut également être considéré comme une forme de violence envers les femmes quand il est pratiqué par des personnels peu qualifiés et dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes ou de violence auto-infligée si la femme y procède elle-même. Dans deux études récentes, l'une en Argentine (Rizzi *et al.*, 2000), l'autre au Mozambique (Granja *et al.*, 2002), les décès par avortement sont classés parmi les morts violentes.

Si, en principe, ces redéfinitions sont un pas en avant dans la compréhension des phénomènes, elles posent aussi de sérieux problèmes en matière de collecte, de mesure et de comparabilité des résultats. En premier lieu, il semble difficile, voire impossible, à partir de l'information consignée sur les certificats de décès, d'identifier l'ensemble des décès en cours de grossesse ou *post-partum*. En France, le certificat médical de décès comporte depuis 1998 une question spécifique relative à la grossesse et à l'intervalle entre la fin de la grossesse et le décès : on ne sait pas encore quel est l'effet de cette modification sur l'exhaustivité du dénombrement des morts maternelles car sa mise en application a été progressive. Au Canada, une étude de mortalité maternelle fondée sur un couplage du fichier des décès de femmes en âge de procréer avec celui des naissances vivantes et mort-nés a montré combien l'identification des décès ayant un lien indirect avec la grossesse est loin d'être immédiate et nécessite une collecte supplémentaire ou l'utilisation de fichiers complémentaires. Il est prudent d'admettre qu'à l'heure actuelle, les comparaisons internationales les plus fiables sont celles qui concernent les causes obstétricales directes.

RÉFÉRENCES

- ALPERT Ellen J., 2001. – Have we overlooked the most common cause of maternal mortality in the United States ?, *Journal of Midwifery Womens Health*, vol. 46, n° 1, p. 3.
- ELLERBROCK Tedd, ATRASH Hani, HOGUE Carol, SMITH Jack, 1988. – Pregnancy mortality surveillance : a new initiative, *Contemporary Ob/Gyn*, June 1988, p. 23-34.
- FORTNEY Judith A., 1990. – Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy, childbirth or the puerperium, *World Health Statistics Quarterly*, vol. 43, n° 4, p. 246-248.
- FORTNEY Judith A., 1997. – Measurements and levels of maternal mortality, in : Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, *Démographie : analyse et synthèse. Cause et conséquences des évolutions démographiques. Actes du Séminaire de San Miniato (Pise), 17-19 Décembre 1997 : volume I*, p. 85-101. – Rome, Paris, Louvain-la-Neuve, DSD, INED, IDD, 318 p.
- GRANJA Anna Carla, ZACARIAS Eugenio et BERGSTRÖM Staffan, 2002. – Violent deaths : the hidden face of maternal mortality, *British Journal of Gynecology*, vol. 109, n° 1, p. 5-8.
- HO Eleanor M., BROWN JoAnn, GRAVES William et LINDSAY Michael K., 2002. – Maternal death at an inner-city hospital, 1949-2000, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 187, n° 5, p. 1213-1216.
- KRULEWITCH Cara J., PIERRE-LOUIS Marie-Lydie, DE LEON-GOMEZ Regina, GUY Richard et GREEN Richard., 2001. – Hidden from view : violent deaths among pregnant women in the District of Columbia, 1988-1996, *Journal of Midwifery Women's Health*, vol. 46, n° 1, p. 4-10.
- MERTZ Kristen, PARKER Artist et HALPIN George, 1992. – Pregnancy-related mortality in New Jersey, 1975 to 1989, *American Journal of Public Health*, vol. 82, n° 8, p. 1085-1088.
- OMS, 1977. – *Classification internationale des maladies. Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. volume I*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 782 p.
- OMS, 1978. – *Classification internationale des maladies. Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Volume 2 Index alphabétique*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 642 p.
- OMS, 1993. – *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. volume I*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 1335 p.
- OMS, 1995. – *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Volume 2*. – Genève, Organisation mondiale de la santé, 167 p.

- OMS, 2002. – *Rapport mondial sur la violence et la santé*. – Genève, Organisation Mondiale de la santé, 376 p.
- RIZZI R. G., RUIZ CORDOBA R. et MAGUNA J. J., 1998. – Maternal mortality due to violence, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 63, n° 1, p. S19-S24.
- RONSMANS Carine et KHLAT Myriam, 1999. – Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh, *Lancet*, vol. 354, n° 9188, p. 1448.

Khlat M., Guillaume Agnès.

De la mortalité maternelle à la mortalité liée à la grossesse : évolution des concepts et émergence de nouvelles causes de décès.

In : Vallin J. (ed.). Du genre et de l'Afrique : hommage à Thérèse Locoh. Paris : INED, 2009, p. 487-494.

ISBN 9782733240250