

Journée internationale de la femme, le 8 mars : Réflexions sur les expériences de maternité à l'échelle mondiale

Dorothy Shaw, MBChB, FRCSC

Départements d'obstétrique-gynécologie et de génétique médicale, Université de Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)

Présidente, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO)

Les résultats de l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) au Canada (lesquels font l'objet d'un article dans le présent numéro) nous offrent de précieux renseignements, ainsi que l'occasion de réfléchir sur le contexte dans lequel s'inscrivent la grossesse et l'accouchement au Canada. Certains des résultats de l'EEM sont flatteurs, tandis que d'autres devraient susciter en nous certaines préoccupations, particulièrement en raison du fait que la plupart de ces accouchements ont bénéficié des services d'obstétriciens-gynécologues spécialisés. Nous devrions nous compter chanceux d'avoir le loisir de poser ce type de questions et de constater que les Canadiennes qui connaissent une naissance vivante sont, dans la plupart des cas, satisfaites de leur expérience. Nous vivons dans une société privilégiée au sein de laquelle les femmes sont bien éduquées. De plus, notre système de santé n'exige aucun frais au point d'intervention pour les soins de maternité, bien que certains obstétriciens-gynécologues exigent souvent des frais supplémentaires pour les services rendus dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement normaux. Dans les régions rurales du Guatemala, il est inimaginable de penser obtenir des avantages tels que ceux qu'offre le Canada (comme, par exemple, un congé de maternité payé). Il est troublant et embarrassant d'apprendre que certaines femmes continuent de subir, de façon systématique, un lavement et le rasage des organes génitaux au cours de l'accouchement au Canada, particulièrement à la lumière du fait qu'un groupe de femmes a récemment demandé à la FIGO d'intervenir auprès d'une société membre à ce sujet. À l'occasion de la Journée internationale de la femme, j'aimerais vous faire part de certaines de mes réflexions au sujet des expériences de maternité des femmes dans un contexte plus global.

En tant que présidente de la FIGO, j'ai eu l'occasion et le privilège d'observer la prestation de soins dans différents milieux partout dans le monde, ainsi que de me porter à l'écoute des opinions des professionnels de la santé, des administrateurs, des législateurs et d'autres parties au sujet des réalités de l'offre de soins de maternité dans leurs contextes respectifs. La pénurie d'accoucheuses formées constitue le plus grand défi à l'échelle mondiale en matière de soins de maternité. La capacité d'offrir des soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité a été reconnue comme un indicateur du fonctionnement du système de santé d'un pays. Dans de nombreux endroits, les SOU peuvent être non disponibles, inaccessibles ou encore inacceptables, ce qui mène aux « trois délais » bien connus entraînant des décès maternels : délai en ce qui concerne la décision de chercher à obtenir des soins, délai en ce qui concerne l'atteinte d'un établissement obstétrical approprié et délai en ce qui concerne l'obtention d'un traitement adéquat et approprié une fois que l'on a atteint un tel établissement. Pour bon nombre des 113 pays membres de la FIGO, des renseignements de l'envergure et de la profondeur de ceux qu'ont générés les résultats de l'EEM au Canada ne sont tout simplement pas disponibles; qui plus est, dans un contexte où l'accent est mis sur la survie des femmes au cours de l'accouchement, certains seraient tentés d'affirmer que de tels renseignements ne constituent pas une priorité. Et pourtant, de nombreuses études menées par l'OMS et d'autres organisations décrivent les attitudes des professionnels de la santé qui peuvent affecter la décision de chercher à obtenir des soins. Au Nicaragua, une modification a récemment été apportée à la loi en vue de rendre l'avortement illégal, et ce, peu importe les circonstances; cette loi prévoit même des peines d'emprisonnement pour les femmes et les médecins trouvés coupables. Les obstétriciens locaux, affolés et craintifs, ont cru que cette loi, conjointement avec un manque de

ressources échographiques diagnostiques, les empêchant d'intervenir lorsque cela s'avérait approprié sur le plan médical, ce qui a entraîné des décès maternels¹. Au Canada, les normes en matière de santé sont habituellement déterminées par des professionnels de la santé, et non par le gouvernement. En Afghanistan et en Sierra Leone (où le risque à vie de mourir au cours de la grossesse est de un sur six), ainsi que dans de nombreux autres pays où la présence d'une accoucheuse qualifiée constitue un luxe, les femmes perçoivent l'accouchement comme une aventure qui pourrait s'avérer mortelle.

Le programme GESTA International a été largement disséminé aux Philippines par des obstétriciens engagés et est dorénavant considéré comme la norme de diligence. Dans le cadre d'une récente visite, j'ai remarqué que, dans chacun des trois hôpitaux que j'ai visités (publics et privés), la norme était de permettre immédiatement au nouveau-né de saisir le sein, la méthode kangourou de soins maternels était mise en œuvre pour les prématurés, une charte des droits des patientes était affichée dans une des salles de soins post-abortum et des conseils en matière de contraception post-partum / post-abortum étaient systématiquement offerts. Des soins qualifiés immédiats étaient offerts en présence de complications du travail et de l'accouchement mettant en danger la vie de la patiente. J'ai également pu constater que les femmes y étaient traitées avec compassion et respect. Les taux de césarienne étaient faibles. Dans l'un de ces hôpitaux, j'ai remarqué qu'au moins huit salles étaient dotées des échographes les plus récents, dont les technologies 3D et 4D.

Cependant, ces mêmes établissements étaient entièrement surchargés de travail (l'un des hôpitaux visités procédait même à 100 accouchements par jour); j'y ai vu des salles de travail traditionnel où trois mères en travail partageaient la même civière, ainsi qu'une salle d'accouchement commune où huit femmes (en position couchée, les pieds dans des étriers et à peine couvertes) accouchaient après avoir systématiquement subi une épisiotomie. Après avoir eu l'occasion de saisir immédiatement le sein, trois nouveau-nés partageaient une bassinettes en attendant que leurs mères respectives puissent être suturées et transférées à la salle post-partum. Dans un tel contexte, il serait physiquement impossible de permettre à chaque femme de bénéficier de la présence d'un aidant naturel. L'intimité et la dignité y faisaient figure de rêves irréalisables. Mon hôte cherchait désespérément à obtenir un centre de naissance plus spacieux qui permettrait d'atténuer ces problèmes de surpeuplement.

Après avoir reçu des services de counseling en matière de contraception, la plupart des femmes choisissaient d'avoir recours à des méthodes naturelles, et ce, même si les

hôpitaux en question sont exemptés de l'interdiction (frappant tout moyen de contraception autre que les méthodes naturelles de planification familiale) qui a été décrétée par le maire de Manille en 2000². Apparemment, la présidente, Mme Gloria Macapagal-Arroyo, aurait décrété que tout financement offert par les Nations Unies aux fins de la planification familiale devait être voué aux méthodes naturelles². La disponibilité de modes efficaces de contraception est encore plus limitée pour les femmes pauvres, puisque de tels modes ne sont dorénavant plus offerts gratuitement. L'exécution d'une ligature des trompes, même lorsqu'elle est médicalement recommandée par un médecin, est limitée à des hôpitaux particuliers et les femmes pauvres ne peuvent souvent pas se permettre d'en acquitter les frais. Les jeunes femmes se trouvant dans la salle des soins maternels de type kangourou visant les prématurés se trouvaient souvent contraintes de partager un lit (deux mères et deux nouveau-nés) et l'âge de la plupart d'entre elles se situait entre 15 et 17 ans. Le personnel résident s'acquittait parfois personnellement des frais nécessaires à l'obtention des fournitures et des médicaments requis pour les mères qui ne pouvaient se le permettre.

Au Canada, l'incapacité de payer ne constitue pas un obstacle à l'obtention de soins de maternité; cependant, dans de nombreux autres pays, les femmes et leur famille doivent fournir des gants, les tubes à perfusion intraveineuse et les liquides requis, l'oxytocine et d'autres médicaments, et plus encore. Les femmes et leur famille doivent s'acquitter des frais nécessaires pour transporter la femme enceinte présentant des complications vers l'hôpital et, si elle en venait à mourir, pour en ramener le corps à la maison. Cela draine souvent les ressources financières limitées de la famille, ce qui plonge celle-ci encore plus profondément dans la pauvreté; et, ne l'oublions pas, les membres de la famille ont alors, en plus, souvent à s'occuper d'une mère et/ou d'un nouveau-né malades. Lorsque la mère meurt, la responsabilité de s'occuper des autres enfants revient souvent à l'aîné de la famille.

Dans de nombreux pays, les coûts associés aux SOU constituent un obstacle déterminant en matière d'accès. Récemment, j'ai eu le privilège de procéder à l'ouverture officielle d'un hôpital de maternité dont la construction a été rendue possible par la mise sur pied d'un partenariat public-privé en Inde, donnant ainsi naissance à un nouveau concept en matière de soins de maternité. Ce que ce concept avait de différent, c'est que le coût des soins y était moins élevé que celui qu'exigent habituellement les hôpitaux privés; le coût des services était affiché et les femmes pauvres (dont la pauvreté avait été confirmée par un travailleur social) y recevaient des soins gratuitement. Les

professionnels de la santé (dont des obstétriciens et des anesthésistes) y assuraient une couverture constante; ils étaient tous en disponibilité près de l'établissement. Il était également possible d'y obtenir un transport par ambulance vers un établissement plus spécialisé. Au cours de la conférence de presse accompagnant cette ouverture officielle, il m'est apparu évident que les reporters masculins en présence n'avaient absolument aucune idée de l'ampleur du taux de mortalité maternelle dans leur région.

Certaines femmes enceintes ne fréquentent pas les établissements dotés d'accoucheuses qualifiées pour la simple et bonne raison que leur contexte culturel n'y est pas pris en considération. Il n'est souvent pas si compliqué de respecter le contexte culturel des patientes; cela peut en effet se résumer au simple fait de connaître les couleurs qui prennent un caractère tabou sur le plan culturel, d'adopter les positions d'accouchement traditionnellement acceptables et de savoir quels sont les membres de la famille dont la présence est requise. Au Chili, pays comptant un nombre adéquat de sages-femmes, certaines femmes autochtones évitent systématiquement de fréquenter les centres de naissance gouvernementaux. Cependant, en les consultant pour comprendre la façon de rendre l'établissement comparable à leur milieu naturel, ces obstacles peuvent être surmontés (communication personnelle, R. Castro, juin 2007).

Le Canada n'est pas le seul pays à être aux prises avec les questions controversées mises en évidence par l'EEM. Une étude menée en 2001 s'est penchée sur les taux élevés de césarienne constatés au Brésil, en partant de l'hypothèse que cette tendance était attribuable aux souhaits des femmes en la matière. Malgré la présence de taux de césarienne de 31 % dans le réseau public et de 72 % dans le réseau privé, cette étude a clairement démontré que les femmes préféreraient (70 %–80 %) connaître un accouchement vaginal, et ce, tant dans le réseau public que dans le réseau privé³.

L'utilité du nombre d'échographies signalées par les Canadiennes dans le cadre de l'EEM fera, sans doute, l'objet d'un débat houleux. Bien que l'accès à l'échographie prénatale pour des raisons médicalement indiquées s'avère souvent difficile au sein des pays ne disposant que de faibles ressources, les femmes qui disposent des ressources financières requises ou qui estiment que l'échographie est investie d'une grande importance peuvent s'y soumettre à répétition. Compte tenu du nombre d'échographies effectuées dans le cadre des soins prénatals prodigués par les réseaux privés de par le monde, il serait possible d'en venir à la conclusion que l'exécution d'échographies prénatales permet de générer des revenus considérables, sans que l'utilité de la plupart d'entre elles ne puisse être

clairement établie. D'autres études s'avèrent nécessaires pour sonder la satisfaction des femmes, lesquelles ne comprennent souvent pas le but ou les limites de l'examen échographique.

Malgré tous ces défis, j'ai rencontré, dans tous les pays que j'ai visités, des professionnels de la santé attentionnés, qui s'efforcent activement de promouvoir le changement et qui, de plus en plus, démontrent la volonté et les capacités organisationnelles requises pour susciter la participation des autres membres de la société, dont les chefs politiques, afin de réaliser ledit changement. La FIGO a soutenu le développement de telles capacités organisationnelles par l'intermédiaire de ses initiatives de maternité sans risques et de santé néonatale, dans le cadre desquelles la SOGC a assumé un leadership important. Le programme GESTA International s'est récemment doté d'une journée entièrement vouée aux droits sexuels et génésiques (dont le curriculum comprend, entre autres, des sujets tels que celui du droit de la femme d'accoucher dans la position de son choix) et d'un processus de vérification continue. Le temps serait peut-être venu d'inclure ces composantes à la version canadienne du programme GESTA.

Bien qu'ils doivent d'abord être bien replacés dans leur contexte canadien, les résultats de l'Enquête sur l'expérience de la maternité nous offrent néanmoins l'occasion de nous pencher sérieusement sur les questions soulevées. Il est crucial de ne pas perdre de vue que l'obtention d'issues de grossesse et d'accouchement souhaitables constitue l'ultime objectif de nos efforts et qu'il est préférable d'évaluer de telles données au niveau de la population. De quelle façon ces résultats seront-ils utilisés au niveau local? Quelles leçons pouvons-nous tirer de la façon dont de tels résultats sont traduits en connaissances destinées aux professionnels de la santé et aux femmes, en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement? J'espère sincèrement que cette enquête contribuera à la solidification de la réputation du Canada à titre de leader mondialement reconnu en matière de promotion du droit des femmes à l'autodétermination.

RÉFÉRENCES

1. Gómez S, Blandón MM. *The faces behind the figures: the tragic effects of the criminalization of therapeutic abortion in Nicaragua* [texte en espagnol]. Chapel Hill NC : IPAS; le 1^{er} novembre 2007. Disponible à : http://www.ipas.org/Publications/Los_rostros_detrs_de_las_cifras_Los_efectos_trgicos_de_la_penalizacion_del_aborto_terapeutico_en_Nicaragua.aspx. Consulté le 15 janvier 2008.
2. Likhaan, ReproCen and the Center for Reproductive Rights. *Imposing Misery. The Impact of Manila's Ban on Contraception*. Disponible à : <http://www.reproductiverights.org/pdf/Philippines%20report.pdf>. Consulté le 14 janvier 2008.
3. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR et coll. « Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study », *BMJ*, vol. 323, 2001, p. 1155–8.