

# **THEME : « Mortalité maternelle et accès aux soins de santé prénatals des femmes enceintes pauvres au Congo »**

**Par Luc-Serge POATY-MOKONDZHY**

## **Résumé :**

En Afrique subsaharienne, les niveaux de mortalité maternelle restent élevés. Bien que la maternité sans danger occupe une place de choix sur l'agenda international depuis près de 20 ans, les progrès ont été inégaux et dans quelques pays, on estime que les taux de mortalité maternelle sont en train d'augmenter (UNFPA 2005). De plus, la pauvreté qui sévit en Afrique accroît les risques inhérents à la grossesse de même que la mortalité et la morbidité maternelle. En effet, dans les pays d'Afrique subsaharienne où la fécondité élevée multiplie les dangers que les mères affrontent au cours de leur vie, une femme sur seize (1/16) risque de mourir du fait de sa grossesse (UNFPA 2005). Au Congo, le taux de mortalité maternelle est le plus élevé d'Afrique subsaharienne, il est estimé à 781 décès pour 100.000 naissances vivantes (Ministère du plan 2006a) alors que, dans les pays développés le rapport de mortalité maternelle se situe en moyenne à 27 décès pour 100.000 naissances. De plus, de nombreuses études ont montré que 80% des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès aux soins de santé de qualité ainsi qu'aux soins obstétricaux d'urgence (AFP 2009). En effet l'accès à un service de qualité permet de réduire la probabilité de décès maternel du fait de la grossesse et la mortalité néonatale. Par ailleurs, le secteur de la santé au Congo est caractérisé par une offre quantitativement et qualitativement détériorée des services du fait de la dégradation des infrastructures socio-sanitaires, de la vétusté du matériel, de l'insuffisance du personnel qualifié et sa concentration dans les trois principales villes du pays (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie). Le profil épidémiologique est marqué ces dernières années par la prédominance des maladies infectieuses dont la malaria qui représente la première cause de mortalité, d'hospitalisation (51,5%) et des décès observés chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux de Brazzaville et de Pointe-Noire. Le Congo est un pays riche en ressources naturelles qui, en dépit des bénéfices du boum pétrolier entre 2001 et 2006 compte 50,7% de pauvres (Ministère du plan 2006b) et ne consacre à peine que 10% de son budget au secteur de la santé alors qu'en 2001 l'OMS avait exhorté les Etats africains à y consacrer 15% de leur budget. Selon le Ministère du plan (2006a), la dégradation de l'accès aux médicaments dans les structures publiques et la stagnation des taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans (respectivement à 82,2 et 122,6‰) sont le fait des dysfonctionnements tant politiques qu'administratifs du secteur de la santé. Bien que 88% des femmes enquêtées aient reçu des soins prénatals, il y a une forte inégalité en termes d'accessibilité entre les pauvres et les riches. Respectivement, 16% et 80% des femmes enceintes non pauvres ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes) contre 5% et 42% pour les femmes pauvres. Cependant, cette inégalité est très faible pour les trois premiers quintiles 1<sup>er</sup> qui concerne le recours aux matrones et aides soignantes. Les femmes enceintes appartenant aux quintiles non pauvres (quatrième et cinquième) ne recourent quasiment pas à leurs services. L'enquête démographique et santé (EDSC-I 2005) révèle en outre que, les proportions des décès imputables à la grossesse pour la période de 1999-2005 sont très élevées dans la tranche d'âge 20-24 ans où près d'une femme sur trois (32%) décède du fait de sa grossesse ; la mortalité infantile et le quotient de mortalité néonatale au cours de la période 2001-2005 s'élève respectivement à 75‰ et 33‰ ; le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) qui est un indicateur tenant compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de décéder de sa grossesse est estimé à

0,036 pour la même période. Ce qui traduit qu'une femme sur 28 court le risque de mourir de sa grossesse.

L'intérêt de notre recherche repose sur le fait que, le taux de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. A l'heure actuelle où le gouvernement congolais poursuit sa stratégie de lutte contre la pauvreté et l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le taux de mortalité maternelle est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. En effet, il est un des OMD qui vise la réduction de la mortalité infantile et un autre l'amélioration de la santé maternelle. Or, ces deux objectifs ne peuvent se réaliser que dans le cadre de l'amélioration de la santé reproductive et l'accès aux soins de santé prénatale et postnatale pour tous. De plus, l'enquête congolaise auprès des ménages (ECOM-2005), qui répond à la nécessité de connaître l'ampleur du phénomène de la pauvreté, fournit des éléments d'appréciation et de formulation des politiques de lutte contre la pauvreté. Cependant, celle-ci ne donne aucune information sur le profil de pauvreté des femmes enceintes et leur accessibilité aux soins de santé alors que pauvreté et mortalité maternelle et infantile sont étroitement liées. De même, l'enquête démographique et santé (EDSC-I 2005) bien que riche n'explique pas le lien entre la mortalité maternelle et l'accès des femmes enceintes pauvres aux soins de santé prénatals. La problématique de notre travail soulève les questions suivantes : Comment se caractérise le profil de pauvreté des femmes enceintes pauvres? Existe-t-il un lien entre la mortalité maternelle et l'accès aux soins de santé prénatals des femmes enceintes pauvres? Quelles sont les mesures pouvant contribuer à améliorer la politique des soins prénatals ? Cette étude se base sur l'hypothèse que la mortalité maternelle et l'accès aux soins de santé prénatals des femmes enceintes au Congo s'expliquent essentiellement par le coût d'accès. Autrement dit, c'est la pauvreté qui se traduisant par une incapacité d'accéder aux soins de santé qui est le moteur de la mortalité maternelle. En effet, selon EDSC-I 2005, 62,2% des ménages pauvres contre 48,5% des non pauvres ont avancé, le coût élevé des consultations et traitements comme raison de la non utilisation des services de santé en cas de maladie (Ministère du plan 2006a). Notre méthodologie repose sur l'exploitation des données de l'EDSC - I qui sera par une enquête de terrain auprès de 200 femmes enceintes ou qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête. la première partie de cette étude se repose sur l'exploitation des données de l'EDSC – I nous permet de faire une étude exhaustive des données qualitatives ayant pour but d'éclairer les résultats quantitatifs, les rendre compréhensibles ; déceler les relations entre les variables et l'incidence de certaines sur d'autres (Boungou Bazika, 2008). la seconde partie se repose sur la production des données nouvelles à base du questionnaire léger dont l'objectif est de collecter des informations sur les variables sociodémographiques, socioéconomiques et sur les soins prénatals et conditions d'accouchement des mères. Par ailleurs, pour distinguer les pauvres et les non pauvres, nous opterons pour une approche monétaire de la pauvreté, notion longtemps retenue comme indicateur de mesure de la pauvreté par le FMI et la Banque mondiale. En effet, un faible revenu constitue une des causes essentielles de la pauvreté dans la mesure où l'absence de ressources est la principale source de privation d'un individu (Sen A. 2000).