

MOURIR EN DONNANT LA VIE

Des risques accrus pour les femmes du Sud

Catherine Maia

S.E.R. | « Études »

2004/11 Tome 401 | pages 473 à 482

ISSN 0014-1941

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-etudes-2004-11-page-473.htm>

Pour citer cet article :

Catherine Maia, « Mourir en donnant la vie. Des risques accrus pour les femmes du Sud », *Études* 2004/11 (Tome 401), p. 473-482.

Distribution électronique Cairn.info pour S.E.R..

© S.E.R.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Mourir en donnant la vie

Des risques accrus pour les femmes du Sud

CATHERINE MAIA

1. Carla Abouzahr et Tessa Wardlaw, *Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Genève/New York: OMS, UNICEF, FNUAP, 2003, p. 3 (sauf indication contraire, les chiffres cités ci-après seront extraits de ce document). Le rapport, en langue anglaise, est disponible sur internet à l'adresse suivante: http://www.childinfo.org/maternal_mortality_in_2000.pdf

2. En tant qu'institutions principalement chargées au sein du système des Nations Unies de la santé des femmes et des enfants, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP se sont engagés à développer leur action, tant individuellement que collectivement, dans le but d'aider les pays, et particulièrement les plus pauvres d'entre eux, à renforcer leurs programmes de santé maternelle.

UN RAPPORT des Nations Unies, rendu public le 20 octobre 2003, est venu rappeler à la communauté internationale le niveau tragique de la mortalité maternelle dans les pays en développement, et tout particulièrement en Afrique subsaharienne, où le risque de mourir en couches est 175 fois plus élevé que dans les régions développées¹.

Résultat des efforts conjoints de trois organisations spécialisées — l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)² —, ce *Rapport mondial sur la mortalité maternelle en l'an 2000* tire la sonnette d'alarme en vue de forcer les gouvernements à réagir. Non seulement, de manière générale, il y a urgence à améliorer l'accès des femmes du Sud aux soins de santé, mais également, et plus spécifiquement, il y a urgence à réduire de manière significative le chiffre, aussi effarant qu'inacceptable, de plus d'un demi-million de décès constatés chaque année liés à la maternité.

Quatre-vingt dix-neuf pour cent de ces décès ont lieu dans les pays en développement, ce qui fait des complications liées à la grossesse et à l'accouchement la cause la plus fré-

Université de Bourgogne (Dijon)

quente de mortalité chez les jeunes filles et les femmes du Sud. En réalité, « ces chiffres, si élevés, de morts maternelles, seules statistiques d'envergure que l'on possède sur la santé des femmes, traduisent les conditions économiques et sociales qui leur sont réservées³ ». Loin d'être une fatalité, la grande majorité de ces décès, qui ont lieu dans l'indifférence, seraient en effet parfaitement évitables à un moindre coût, preuve s'il en est que ce qui est en cause à travers cette question n'est pas tant la richesse des pays que leur volonté d'agir.

Un accès difficile aux soins de santé

Longtemps, on a disposé de peu de données sur l'accès des femmes du Tiers-Monde aux services de santé, les statistiques n'étant pas systématiquement désagrégées selon le sexe. Ce n'est que depuis quelques années que des efforts ont été menés, sous l'impulsion des sommets mondiaux consacrés aux femmes, pour tenir compte des besoins spécifiquement féminins. Grâce à cette meilleure visibilité statistique des femmes, il est de plus en plus admis qu'investir en faveur de leur santé a des effets bénéfiques sur les générations présentes et futures, et ce, en raison de leur situation particulière au sein de la famille, où elles sont à la fois utilisatrices et dispensatrices des soins de santé: « En tant qu'individus, elles ont des besoins particuliers et importants liés à leur fonction procréatrice; en tant qu'agents, elles assurent naturellement les soins de santé de la famille et composent la majorité du personnel de santé local⁴. »

Mais ce consensus se heurte à la faiblesse des moyens. Ainsi les progrès accomplis côtoient-ils un état sanitaire déplorable dans bon nombre de régions, surtout rurales. Depuis les années quatre-vingt, l'instauration de programmes d'ajustement structurel a impliqué la réduction des prestations sociales, y compris dans le secteur de la santé, les gouvernements n'étant plus en mesure d'assurer la gratuité des soins pour la santé de base. Le désengagement des pouvoirs publics a ainsi conduit à un système de santé dual où le service public, avec un personnel peu payé, démotivé, et des moyens limités et obsolètes, côtoie un secteur moderne et de qualité, mais totalement hors de portée de la plupart des ménages pauvres.

3. Collette Berthoud, « Maternités à risques pour les Africaines », *Manière de Voir*, avril-mai 2003, n° 68, p. 62.

4. Stéphanie Baile, « Femmes, santé et développement », *L'Observateur de l'OCDE*, décembre 1989-janvier 1990, n° 161, p. 18.

Dès lors, les femmes — et surtout les plus démunies d'entre elles — n'ont pas les moyens d'accéder à des services obstétriques de qualité, et ce d'autant moins lorsque le contexte social dans lequel elles vivent ignore même l'utilité de leur dispenser des soins. De fait, c'est souvent l'indifférence masculine, outre les difficultés de transport dans les zones rurales, qui explique les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles. Les manifestations de ce désintéressement abondent : « parturientes dont la mère supplie en vain les rares hommes motorisés du village d'aller chercher du secours ; mourante amenée à l'hôpital couchée sur une planche en travers d'un scooter, un bras de l'enfant déjà en décomposition sortant du ventre ; maris qui refusent catégoriquement de donner leur sang pour sauver leur épouse d'une hémorragie fatale ⁵ ». En cette matière, comme en bien d'autres, la santé des femmes et leur situation sociale, économique et juridique, sont étroitement interdépendantes et influent sur leur bien-être.

5. Joëlle Stolz et Philippe Le Faure, « Secrète infirmité des femmes africaines », *Le Monde Diplomatique*, juillet 1997, n° 520, p. 14.

Négation des besoins

Une femme apprend dès l'enfance que, pour être respectée comme épouse et mère, elle doit constamment faire preuve d'abnégation envers son mari et ses fils, et endurer, sans rien laisser paraître et sans mot dire, ses éventuels problèmes de santé. Quelles que soient les lésions ou affections invalidantes dont elle souffre, elle continuera généralement à s'occuper des enfants, à assurer les corvées d'eau et de bois, à aller au marché et à travailler pendant de longues heures dans les champs ou à l'usine, tout en espérant, dans le silence, que la douleur s'estompera. « Face à la douleur et à la souffrance, la femme doit faire preuve de courage : plus encore, la considération dont elle bénéficie est proportionnelle au calme stoïque avec lequel elle endure la souffrance ⁶. » Or, négliger de la sorte les besoins de santé des femmes entraîne chez elles des problèmes graves qui peuvent aller jusqu'à les conduire à la mort, ou bien les handicapent à vie, amenuisent leurs capacités et, pour finir, sapent leur position sociale.

6. Gertrude Mongella, « Les femmes dans les pays en développement », *Internationale de l'Éducation*, numéro spécial « La condition des femmes », mars 1995, vol. 1-2, p. 27.

Alors que les femmes assument le rôle de génitrices indispensable à la perpétuation de l'espèce, elles n'en retirent aucun avantage en termes de valorisation sociale. Bien au

contraire, les hommes ont cherché à se réapproprier cette fonction à travers un système patriarcal qui fait peser sur elles toutes sortes de conventions qui les dépossèdent de la maîtrise de leur fécondité et, en définitive, de leur existence.

La survalorisation du rôle reproducteur fait que, quels que soient les apports de la femme sur le plan de la production – et il s’agit d’apports fort importants –, ils ne rehaussent pas son statut. La jeune mariée qui travaille le plus dur est aussi celle qui se trouve au plus bas de l’échelle hiérarchique et qui se charge de toutes les corvées. Elle améliore son statut en prouvant très tôt qu’elle est féconde et qu’elle est surtout capable d’engendrer des fils. Elle arrive au sommet de son pouvoir dans le cycle domestique quand ses propres fils lui donnent des brus. Ceci coïncide souvent avec le moment de la ménopause, où la femme arrive à émerger pour la première fois en tant qu’acteur social, libérée enfin de sa fonction reproductrice⁷.

Partout où les femmes sont déniées dans leur droit à décider d’elles-mêmes en matière de santé reproductive, le manque d’accès aux méthodes de planification familiale diminue leur capacité à espacer les naissances, à protéger leur santé reproductive et leur vie.

Des risques disproportionnés

Dans ce contexte d’accès difficile aux soins les plus élémentaires, pour toutes les femmes souffrant d’un état de santé précaire, une grossesse devient un véritable risque pour leur existence. Le *Rapport mondial sur la mortalité maternelle en l’an 2000* donne des chiffres actualisés qui, en dépit d’une certaine marge d’incertitude⁸, mettent nettement en lumière la surmortalité encourue par les mères dans les pays en développement. Selon les récentes estimations mises à jour par le rapport, en 2000, ce sont 529 000 femmes qui sont mortes de grossesses précoces, répétées, trop rapprochées, ou de complications liées à l’accouchement ou à l’avortement, soit plus de 1 400 femmes chaque jour.

La quasi-totalité de ces décès est à déplorer dans les régions les plus pauvres du globe : 95% d’entre eux, en effet, se sont produits en Afrique et en Asie⁹, contre seulement 4 % (22 000) en Amérique latine et dans les Caraïbes, et moins de 1 % (2 500) dans les régions plus développées. Des statistiques plus affinées montrent que 13 pays en développement totali-

7. Deniz Andiyoti, « Transformations rurales et rôles des sexes : le cas de la Turquie », in Marie Eliou (dir.), *Femmes et développement ou les métamorphoses d’un développement au masculin*, Tilburg (Pays-Bas), EADI, 1983, p. 132.

8. Il demeure difficile de suivre les évolutions, sauf lorsqu’il existe un système complet d’enregistrement des décès, cause du décès comprise. Sur les difficultés à mesurer la mortalité maternelle, voir Carla Abouzahr et Tessa Wardlaw, *Maternal mortality in 2000* [...], op. cit., p. 6 sq.

9. Carla Abouzahr et Tessa Wardlaw, *Maternal mortality in 2000* [...], op. cit., p. 13.

sent à eux seuls 70 % des décès maternels. Le pays le plus touché est l'Inde (136 000), suivi du Nigeria (37 000), du Pakistan (26 000), de la République Démocratique du Congo (20 000), de l'Éthiopie (24 000), de la Tanzanie (21 000), de l'Afghanistan (20 000), du Bangladesh (16 000), de l'Angola, de la Chine, du Kenya (11 000 chacun), de l'Indonésie et de l'Ouganda (10 000 chacun).

Si, en chiffres absolus, c'est l'Asie qui détient le triste record des décès maternels (253 000), suivie de près par l'Afrique (251 000), ramené à la population totale c'est sur le continent africain au Sud du Sahara que la situation est la plus alarmante. A titre de comparaison, une femme vivant en Afrique subsaharienne a un risque sur 16 de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, contre un sur 2 800 pour une femme vivant dans une région développée. Le taux de mortalité maternelle, qui mesure le nombre de décès en raison de complications liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes, a été évalué en 2000, au niveau mondial, à 400 pour 100 000 naissances vivantes. Ventilé par région, là encore, le taux le plus élevé se trouve en Afrique (830), suivie de l'Asie, à l'exclusion du Japon (330), en Océanie, à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (240), en Amérique latine, aux Caraïbes (190) et dans les pays développés (20)¹⁰.

Ces écarts particulièrement marqués comptent ainsi parmi les plus importants observés dans les comparaisons entre pays riches et pays pauvres. Encore faut-il avoir conscience que ces statistiques sous-estiment la réalité, puisque, dans les pays en voie de développement — où les femmes peuvent concevoir de six à douze enfants dans leur vie reproductive —, le risque de décès lié à la maternité est multiplié en proportion.

Par ailleurs, pour chaque femme qui décède de complications dues à la maternité, ce sont trente autres qui finissent leur grossesse avec une maladie, une lésion ou un handicap douloureux, humiliant et durable, parfois lié à la mutilation des organes génitaux féminins¹¹ — handicap qui n'est que rarement soigné et dont on tait l'existence. Au total, ce sont près de 300 millions de femmes (soit plus d'un quart des femmes adultes dans le monde en développement) qui souffrent de pathologies consécutives à la grossesse par manque de soins¹².

10. *Idem.*

11. Voir notamment Priya Desai, *Pratiques rituelles affectant la santé des femmes et des enfants*, Bruxelles, Internationale de l'Éducation, juillet 1995.

12. Voir, notamment, *Journal mondiale de la santé: maternité sans risque* (7 avril 1998), Fiche d'information de l'OMS, Division de la santé reproductive, Genève, 1998.

Le niveau tragique de la mortalité maternelle dans le Sud que traduisent ces chiffres en fait la première cause de mortalité des femmes, plus importante encore que le sida ou la tuberculose, et la source fréquente chez elles de lésions handicapantes à vie. Dans ces régions, le manque considérable de soins spécialisés pour les femmes est tel que le miracle de la naissance s'y transforme trop souvent en cauchemar macabre. Alors que, dans les pays développés, l'accouchement est quasi universellement médicalement assisté, dans le monde en développement seule une naissance sur deux se fait en présence d'un personnel qualifié, et moins de deux sur trois en Asie du Sud.

De nombreuses femmes accouchent seules, ou avec l'aide d'un membre de la famille ou d'une accoucheuse qui n'a absolument pas les compétences pour traiter les éventuelles complications de l'accouchement. Ce problème est aujourd'hui encore largement mésestimé :

La mortalité maternelle est élevée dans les régions où la couverture des soins de maternité spécialisés est faible. Cette situation s'explique en partie par le fait que, dans la plupart des pays en développement, l'accouchement est souvent considéré comme une affaire de femmes et un événement naturel, de sorte qu'il n'est prévu ni dépenses médicales, ni transports. Les hôpitaux et les dispensaires assurent généralement les soins spécialisés et les installations d'urgence pour les opérations et les transfusions sanguines, mais ne peuvent assurer un accouchement en milieu institutionnel à toutes les femmes¹³.

Fait aggravant : nombreuses sont les sociétés où les femmes et les filles mangent en dernier, ce qui signifie concrètement qu'elles mangent les morceaux les moins prisés laissés par les hommes et les garçons, voire ne mangent pas du tout. Souvent également, les femmes enceintes subissent des interdits alimentaires traditionnels qui les affaiblissent. Ainsi, l'anémie est largement répandue chez les femmes, puisqu'elle touche 35 % d'entre elles pendant leur vie reproductive et jusqu'à 50 % durant leur grossesse. Les taux les plus élevés se trouvent parmi les femmes d'Asie du Sud, où les chiffres sont respectivement de 58 % et 75 %¹⁴. Or, l'anémie réduit la productivité physique, faisant de chaque tâche une corvée. Elle diminue dangereusement les chances de mettre au monde des enfants en bonne santé, ainsi que la tolérance aux hémorragies durant les accouchements ou les avortements, alors que les banques de sang dans les pays en développement sont le plus souvent vides.

13. *Les femmes dans le monde 1995. Des chiffres et des idées*, ONU, New York, 1995, p. 80.

14. *Ibid.*, p. 75.

Pas moins de 40 000 femmes meurent chaque année en couches en raison d'une obstruction du travail. Lorsque le travail se prolonge pendant plusieurs jours, la femme peut être abandonnée et mourir seule dans la douleur, l'obstruction du travail étant interprétée comme un signe d'infidélité par les hommes. L'enfant meurt asphyxié dans le ventre de sa mère, des jours de contractions inutiles ayant poussé son crâne sur les tissus fragiles d'un bassin trop étroit, ce qui est fréquent lorsque, mariées trop précocement, le corps de jeunes filles tout juste adolescentes n'a pas eu le temps de se développer complètement. Après l'accouchement, beaucoup de femmes souffrent d'infections pouvant conduire à une inflammation pelvienne chronique, voire à la stérilité. Parmi ces infections, la septicémie débouche sur la mort, le sang étant empoisonné par l'infection d'un utérus non cicatrisé ou d'une expulsion incomplète du placenta, ce qui entraîne fièvre, hallucinations et douleurs insoutenables.

Souffrant de séquelles de l'accouchement, d'une artère encore ouverte ou d'un utérus déchiré, elle mourra peut-être parce que son mari ou sa belle-famille ne lui permettent pas de se faire soigner. Deux ou trois jours après l'accouchement, elle pourra être forcée de reprendre les relations sexuelles, ou soumise par la violence si elle refuse, et souffrir alors de dyspareunie, c'est-à-dire de rapports sexuels douloureux. Mais la lésion la plus manifeste et la plus pénible est sans doute la fistule vésico-vaginale¹⁵, qui touche près de 80 000 femmes du Tiers-Monde chaque année, une infirmité qui aujourd'hui, heureusement, a disparu du monde développé grâce à la pratique de la césarienne.

Cette infirmité est généralement causée par une très longue période de travail sans surveillance médicale, la plupart du temps sur des jeunes filles ou des femmes âgées de 14 à 25 ans, certaines parfois plus jeunes, qui accouchent pour la première fois et dont le bassin n'est pas pleinement développé. La douloureuse dislacération des tissus entraîne des conséquences particulièrement invalidantes: infection, incontinence, nerf périméal abîmé qui fait boiter la femme, sans compter les écoulements constants qui irritent la peau de la région génitale, entraînant une éruption permanente et douloureuse. De plus, la fistule peut également être la cause d'une incapacité de donner naissance à d'autres enfants. Au regard

15. Il s'agit d'une affection provoquée par un travail prolongé et par la pression du crâne du bébé. Pour les deux pour mille qui survivent à l'obstruction du travail, une ouverture se forme dans le vagin qui crée un passage avec la vessie ou avec le rectum, ou les deux. Les muscles qui retiennent normalement l'urine et les fèces ne fonctionnent plus, rendant la femme incontinente.

de telles séquelles, les femmes qui souffrent de fistule sont fréquemment marquées d'ostracisme. Rejetées par leur mari et par leur entourage familial, elles n'ont d'autre choix que de vivre marginalisées. Certaines préfèrent le suicide. Dans tous ces cas, pourtant, le recours à des soins de santé pourrait soulager ces femmes de leurs douleurs silencieuses et éviter la plupart des décès maternels.

Nécessité d'une action urgente

En matière de maternité, le fossé entre les femmes des pays en développement et les femmes des pays industrialisés est spectaculaire. Il montre qu'il n'y a pas de fatalité face à ce drame. En effet, une corrélation étroite existe entre les niveaux de mortalité maternelle et la proportion des accouchements assistés par du personnel sanitaire qualifié. Certes, on ne peut éliminer complètement les complications lors de l'accouchement, mais l'expérience des programmes de santé maternelle montre qu'une grande partie de ces décès et de ces souffrances pourrait être évitée si toutes les femmes étaient assistées lors de la grossesse et de l'accouchement par un agent de santé qualifié, et si elles avaient accès, en cas de complications, à des soins médicaux d'urgence, dont la généralisation est par ailleurs indispensable.

Cette réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles passe donc par l'accès de toutes les femmes à des soins médicaux de base durant la grossesse, l'accouchement et le *post-partum*, en reliant les communautés aux centres de santé, de sorte que toute femme enceinte puisse avoir la possibilité d'être amenée dans un centre de santé ou un hôpital lorsque des complications se produisent. Car la plupart des décès et des invalidités constatés sont la conséquence directe de retards soit dans le diagnostic des complications, soit dans l'accès à un hôpital, soit dans la possibilité de recevoir des soins de qualité. Il est donc essentiel de pouvoir compter sur des agents de santé capables de reconnaître et de prévenir les problèmes médicaux, de dispenser des soins salvateurs ou d'évacuer rapidement la femme en cas de complications. Ces agents seront également en mesure de fournir aux mères des informations de base pour prendre en charge et s'occuper de leurs bébés avant et après l'accouchement.

Alors que des milliards sont dépensés chaque année pour les programmes de régulation des naissances, les soins obstétricaux d'urgence sont négligés, ce qui explique que le taux de fertilité ait baissé, alors que celui de la mortalité maternelle reste stable, voire augmente dans certains pays. Selon l'OMS, il ne s'agit pourtant pas tant d'une question de possibilités financières, tributaires du développement économique national, que de définition des priorités soutenues par une volonté ferme des pouvoirs politiques. De telles mesures ne représenteraient, en effet, qu'un faible coût des dépenses totales de santé, alors qu'elles comptent parmi les interventions de santé qui offrent le meilleur rapport coût/efficacité à long terme : 3 dollars seulement suffiraient, par personne et par an, dans les pays à faibles revenus pour dispenser des soins de santé de base à toutes les femmes enceintes¹⁶ :

16. Voir *Journée mondiale de la santé: maternité sans risque (7 avril 1998)*, op. cit., et Carla Abouzahr et Tessa Wardlaw, *Maternal mortality in 2000 [...]*, op. cit., p. 18 sq.

*Avec cette somme, on pourrait assurer la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement, offrir aux mères et aux nourrissons un accès aux soins obstétricaux de base en cas de complications, financer les campagnes d'information et les services de planning familial destinés à éviter les grossesses non désirées et les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses pour la santé*¹⁷.

17. Carla Abouzahr, « Mortalité maternelle: aider les femmes à survivre », *L'Observateur de l'OCDE*, n° 223 – numéro non imprimé, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.observateurocde.org/>

Les décès liés à une grossesse ou à un accouchement ne sont pas des décès comme les autres: ils ont la particularité de toucher des femmes jeunes, non pas à l'issue d'une maladie, mais au cours d'un processus naturel de transmission de la vie. Si les souffrances inutiles et les décès auxquels sont exposées ces femmes suffisent pour justifier une action, il faut ajouter l'impact social de la mortalité maternelle. La famille perd la contribution de la mère décédée à la gestion du foyer et aux soins des enfants et des autres membres du ménage. Les enfants sont les plus pénalisés, surtout les filles, parce qu'ils risquent alors trois à six fois plus de mourir dans les deux ans qui suivent que s'ils vivaient avec leur mère. Dans les pays pauvres, la réduction de la mortalité maternelle apparaît ainsi comme un véritable facteur-clef pour la survie et le développement des enfants jusqu'à l'adolescence. De plus, pour les mères qui survivent avec de graves séquelles, leur productivité est diminuée, ce qui compromet leur travail à la maison comme à l'extérieur, et les expose ainsi, elles et leur ménage, à la pauvreté. Toutes ces raisons conduisent à la même conclusion : « Investir en ressources humaines relève d'une saine politique de développement¹⁸. »

18. Giovanni Andrea Cornia, « La nouvelle priorité des programmes d'ajustement structurel », *Le Courrier ACP-UE*, septembre-octobre 1996, n° 159, p. 48.



En 2000, les responsables mondiaux avaient décidé de réduire des trois quarts, d'ici 2015, la mortalité maternelle, dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement. A l'heure actuelle, si le chemin à parcourir reste immense, des solutions existent dès à présent pour sauver des vies : donner librement accès pour les femmes à des services de planification familiale afin d'espacer convenablement les naissances, leur permettre d'accoucher en présence d'un personnel qualifié et les faire bénéficier de soins obstétricaux d'urgence.

La mortalité maternelle ne semble toutefois pas captiver l'attention du grand public et des décideurs politiques. En ce sens, on ne peut que regretter la décision prise par le gouvernement des Etats-Unis, en juillet 2004 et pour la troisième année consécutive, de ne pas verser les 34 millions de dollars pourtant alloués par le Congrès au Fonds des Nations Unies pour la population. Dans un contexte de demande croissante de services de santé en matière de reproduction, chaque dollar fait une différence, indique l'Organisation, qui estime que la contribution américaine aurait pu prévenir jusqu'à 4 700 décès maternels et plus de 77 000 décès infantiles à travers le monde¹⁹.

Même si des chiffres ne traduiront toujours que trop imparfaitement l'ampleur de la détresse et de la souffrance qu'ils dissimulent derrière la froide neutralité arithmétique, les statistiques livrées par le rapport des Nations Unies sur la mortalité maternelle ont au moins le mérite de rendre audible une réalité qui continue d'être passée sous silence. Drame dont la cause est sans équivalent chez les hommes, ces statistiques montrent à quel point les droits des femmes restent victimes d'une discrimination silencieuse et d'une apathie générale, d'autant plus scandaleuse que des vies sont en jeu.

CATHERINE MAIA

19. Voir le communiqué de presse du FNUAP du 16 juillet 2004, disponible sur le site de l'Organisation : <http://www.unfpa.org/news/news.cfm.ID=476&Language=3>