

EDITORIAL

La Nécessité d'Identifier les Interventions de la Maternité sans Risque en Afrique

*Friday Okonofua**

L'évidence récente indique une tendance vers un taux croissant de la mortalité maternelle dans une très grande partie de l'Afrique sub-saharienne. Dans un pays tel que le Nigéria, les estimations de la mortalité maternelle sont montées de 600 pour 100,000 en 1987, lors du lancement de l'International Safe Motherhood Initiative, à 1000 pour 100,000 en l'an 2000; actuellement, il est de 1500 pour 100,000 naissances vivantes. Au fait, les données récentes qui ont été publiées par UNFPA/UNICEF montrent que le Nigéria tient la deuxième position parmi les pays en voie de développement quant aux taux élevés de mortalité maternelle. De même, on signale les taux de mortalité maternelle élevés dans plusieurs pays d'Afrique de l'est et de l'ouest y compris l'Éthiopie, le Mozambique, la Tanzanie, le Zimbabwe, le Ghana, le Libéria et le Sierra-Leone.

Plusieurs facteurs sont responsables de cette situation peu satisfaisante. Le premier est que la priorité accordée à la prévention de la mortalité maternelle en tant que composante de la santé reproductive est en déclin. Depuis qu'on a su que le VIH/SIDA est essentiellement une épidémie africaine, un accent programmatique a eu la tendance de changer d'autres questions de santé reproductive au VIH/SIDA. Beaucoup de pays africains, tout en abordant de plus en plus de défi posé par le VIH/SIDA, n'ont pas démontré le même engagement à

l'égard d'autres problèmes de la santé reproductive, surtout la morbidité maternelle. De plus, partout dans l'Afrique sub-saharienne, le financement en provenance des donateurs internationaux a augmenté pour le VIH/SIDA alors qu'il a baissé de manière significative pour les questions qui touchent à la réduction de la mortalité maternelle.

Le second problème est que la mortalité maternelle n'est pas tout à fait la même chose que le VIH/SIDA. Aucun doute, les deux sont poussés par la pauvreté et des économies nationales en déclin. Pourtant, alors que le VIH/SIDA peut répondre à des interventions à court terme aussi bien sur le plan individuel que sur le plan familial, la maternité maternelle exige une meilleure performance intégrée de tous les secteurs de l'économie nationale au cours d'une plus longue durée. En effet, on comprend maintenant que la mortalité maternelle est liée aux questions infrastructurelles, culturelles, socio-économiques et politiques complexes qui devraient être abordées simultanément avant d'accomplir une baisse de taux. Ainsi, des interventions doivent comprendre de vrais modèles multi-sectoriels et des considérations avant d'atteindre le "vif de l'affaire" en abordant la mortalité maternelle en Afrique de manière réaliste. Jusqu'ici, beaucoup de pays africains ne comprennent pas cette particularité de la mortalité maternelle et très peu d'eux ont pris des mesures

**Professeur de l'obstétrique et gynécologie et Doyen du College of Medical Sciences, University of Benin, Benin City, Nigeria.
E-mail: wharc@hyperia.com*

pour recheminer leurs efforts de manière appropriée.

Sur le plan programmatique, la prévention de la mortalité maternelle dépend de trois constituants de la prévention à savoir primaire, secondaire et tertiaire. Malheureusement, tous les trois niveaux sont très mal développés dans plusieurs régions d'Afrique. La prévention primaire, les réductions de grossesses inopportunes et non désirées qui exposeront les femmes au risque de mort, ne marchent pas bien dans plusieurs régions d'Afrique. Les pays africains, surtout ceux qui ont des taux élevés de la mortalité maternelle ont les plus bas taux de prévalences contraceptives dans le monde en voie de développement. En effet, il existe actuellement une rapport inverse entre les taux élevés de la mortalité maternelle et la prévalence contraceptive en Afrique et il y a un grand besoin non satisfait de la contraception dans les pays qui ont des taux de mortalité maternelle élevés et qui s'augmentent. Il sera difficile à accomplir des réductions importantes par rapport à la mortalité maternelle dans le proche avenir, sauf si les efforts sont concentrés sur l'augmentation de l'utilisation du contraceptif par les femmes vulnérables, surtout les adolescentes et les femmes qui ont beaucoup d'enfants.

La prévention secondaire, l'emploi judicieux des soins prénatals de haute qualité ou bien l'interruption des grossesses non désirées, posent aussi des problèmes importants dans plusieurs régions de l'Afrique sub-Saharéenne. L'étendue des soins prénatals varie de 40% dans les pays tels que le Mali et le Nigéria à 80% au Zimbabwe et en Afrique du Sud. Même dans les pays dans lesquels l'étendue des soins prénatals est élevée, la qualité du service est souvent inférieure à l'optimal et à l'heure actuelle il n'y a pas d'évidence pour montrer que le soin prénatal en soi améliore beaucoup les facteurs sociaux et proximaux qui mènent à la mortalité maternelle en Afrique.

L'interruption de grossesse est restrictive en droit dans plusieurs régions d'Afrique et donc les femmes ont souvent un accès limité aux services de l'avortement. En conséquence l'avortement dangereux est actuellement une des causes principales de la mortalité maternelle dans beaucoup de pays africains. Les pays les plus touchés restent

l'Ethiopie, le Kenya, le Mozambique et le Nigéria, où l'avortement constitue entre 20% et 50% de tous les décès maternels. Il est évident que si l'on ne prend pas des mesures pour résoudre le problème de l'avortement dangereux en Afrique, il ne faut pas s'attendre que la mortalité maternelle baisse dans l'avenir proche.

Il y a maintenant une unanimité d'opinion croissante que la prévention tertiaire, le traitement immédiat des complications qui entraînent la mortalité maternelle détient la clé de la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.¹ Cependant, pour que la prévention tertiaire soit efficace, les femmes enceintes doivent arriver à temps aux établissements de santé quand il y a des complications. Les établissements doivent être bien équipés pour traiter des complications liées à la grossesse. Là encore il y a des problèmes dans beaucoup de pays africains. Aujourd'hui, il est bien connu que dans plusieurs pays africains, une grande proportion de femmes enceintes ne reçoivent pas les soins de la part du personnel compétent pendant l'accouchement, que beaucoup de femmes n'arrivent pas à attendre des établissements d'obstétrique à temps quand elles ont des complications et qu'il y a des retards institutionnels qui empêchent le traitement immédiat des complications qui mènent à la mortalité.

Ce numéro de *Revue Africaine de la Santé Reproductive* (RASR) contient neuf articles qui se rapportent à la prévention de la mortalité maternelle dans plusieurs régions d'Afrique. L'article sur les estimations de la mortalité maternelle en Tanzanie de l'ouest par Mbaruku et ses collaborateurs² décrit l'emploi d'une méthode simple – la méthode basée sur les renseignements sur les soeurs des femmes interviewées – pour déterminer la vraie incidence communautaire de la mortalité maternelle. Pourtant, en Afrique, les chiffres de la mortalité maternelle sont souvent exacts, obtenus souvent à partir des données recueillies dans l'hôpital qui ne montrent pas la vraie situation. Les données recueillies dans la communauté telles celles qui sont fondées sur les renseignements sur les 'sœurs' sont beaucoup plus représentatives. La méthode de l'autopsie verbale est une autre bonne manière de déterminer la vraie cause communautaire de la mortalité maternelle;

pourtant, on a mal employé cette méthode en Afrique.

Il faut encourager ce genre d'études à base communautaire dans des régions différentes d'Afrique puisqu'elles détiennent la clé du notre meilleure compréhension de vrais taux et déterminants de la mortalité maternelle. En effet, au fur et à mesure que nous entreprenons de plus en plus des interventions à base communautaire qui visent la promotion de la maternité sans risque, ce genre de données sont nécessaires pour évaluer nos efforts au cours d'une période.

Trois articles en provenance du Nigéria^{3,4,5} montrent que l'avortement est un problème important dans le pays. Ils demandent une approche réaliste pour s'occuper du problème, surtout dans le domaine de la formation du personnel de la santé comme faisant partie des efforts envers la réduction du taux de la mortalité maternelle dans le pays. De telles formations sont fondées sur le principe selon lequel les compétences des prestataires des services de la santé sont améliorées quant à l'assurance des services obstétricaux, ils peuvent se servir de ressources limitées pour traiter des complications liées à l'avortement et pour réduire la possibilité de décès maternels.

L'article sur l'utilisation des services prénatals en Guinée Equatoriale par Jimoh⁶ et celui sur le dépistage prénatal de l'hypertension en Tanzanie rurale⁷ tous les deux soulignent le point sur les limitations de soins prénatals en tant que stratégie secondaire de la prévention pour la réduction de la mortalité maternelle en Afrique. Les articles justifient en particulier le besoin de soutenir les services prénatals avec l'amélioration de l'accès des femmes aux endroits d'accouchement sans risque et les services obstétricaux d'urgence comme les pivots de la maternité sans risque en Afrique.

Ainsi, le vrai problème pour la réduction de la mortalité maternelle en Afrique est ceci: comment peut-on augmenter l'accès aux sages - femmes traditionnelles et aux services obstétricaux d'urgence par les femmes en Afrique? Nous sommes persuadés que les pays et les communautés qui répondent à cette question de manière satisfaisante seront mieux placés à connaître des réductions importantes à l'égard des taux de mortalité maternelle. Il y aura des

progrès importants quand il y aura des dirigeants proactifs et politiquement forts, quand les indications différentes du développement économique et social sont abordées à l'intérieur des pays, quand beaucoup d'iniquités qui entravent le développement social sont réduites au minimum, et quand on fait des efforts particuliers pour améliorer l'infrastructure médicale qui se détériorent dans plusieurs pays du continent. Sans ceux-ci, il ne faudrait pas s'attendre à des améliorations importantes dans les statistiques de la mortalité maternelle en Afrique dans le proche avenir. En effet, nous sommes d'avis que la vraie preuve du développement de n'importe quel pays africain dans les années qui viennent sera la mesure dans laquelle il se débarrasse de facteurs qui mènent à la mortalité maternelle dans son constituant composant.

REFERENCES

1. Benegiano G et Thomas B. Maternité sans risque: l'initiative FIGO. *Inter J Gynecol Obstet* 2003; 83: 263-274.
2. Mbaruku G, Vork F, Vyagusa D, Mwakipiti R et Roosmalen J. Estimations de la mortalité maternelle en Tanzanie de l'ouest à travers la méthode de renseignements recueillis auprès des sœurs de femmes interviewées. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(3): 84-91.
3. Ibekwe PC. Les soins post-avortements: un aspect négligé des services de la santé reproductive au Nigéria. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(3): 13-16.
4. Etuk SJ, Ebong IF et Okonofua FE. Connaissance, attitude et pratique des praticiens médicaux privés à Calabar envers les soins post-avortements. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(3): 55-64.
5. Oludiran OO et Okonofua FE. Mortalité et morbidité occasionnées, par la blessure intestinale secondaire à l'avortement déclenché. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(3): 65-68.
6. Jimoh AAG. Utilisation des services prénatals à l'Hôpital provincial de Mongomo, Guinée Equatoriale. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(3): 49-54.
7. Urassa DP, Nystrom L, Carlstedt A, Msamanga GI and Lindmark G. Traitement de l'hypertension pendant la grossesse en tant qu'indicateur de qualité de soins prenatal en Tanzanie rurale. *Afr J Reprod Health* 2003; 7(3): 69-76.