

EDITORIAL

Prévention de mortalité maternelle en Afrique – Besoin pour se concentrer sur accès et qualité de soin

*Friday Okonofua**

La réduction de mortalité maternelle reste un des défis le plus important lié au développement faisant actuellement face au continent africain. La preuve disponible suggère que les huit buts du Développement de Millénaire, le quatrième but, destiné à la réduction du taux de mortalité maternelle de 75% avant 2015, soient l'un des plus peu probables d'être atteint dans beaucoup de pays africains. Les technologies qui préviennent et détournent la mortalité maternelle sont connues, mais la volonté de les appliquer à grande échelle manque toujours en Afrique.

L'Organisation Mondiale de la Santé a identifié quatre interventions principales graves dans l'effort à réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.² Elles sont le planning familial, les soins prénatals, l'accouchement qualifié et l'urgence en soin obstétrique. Il est à remarquer que les pays ayant des taux de mortalité maternelle élevés ont peu de compréhension de ces quatre interventions essentielles. Au contraire, les pays qui ont réduit avec succès la mortalité maternelle ont constamment une compréhension plus élevée de ces interventions. Par exemple, la Suède ayant le moindre taux de mortalité maternelle dans le monde a une

prévalence contraceptive de 78%, consultations prénatales par les femmes enceintes de 98%, l'accouchement qualifié de presque 100%, et presque l'accès universel de l'urgence des soins obstétriques.³ En comparaison, le Nigeria étant le deuxième pays le plus élevé du taux de mortalité maternelle mondiale a une prévalence contraceptive de 8% seulement, les consultations prénatales de 60%, l'accouchement qualifié de 30%, et très pauvre accès des femmes enceintes à l'urgence des soins obstétriques.⁴

Bien que l'augmentation de l'accès des interventions basées sur des preuves soit la clef pour promouvoir la maternité en sécurité, la qualité des services reçus est aussi importante et critique. Ce n'est pas suffisant pour que des femmes reçoivent les soins prénatals, l'urgence des soins d'accouchement et d'obstétrique, la qualité du soin qu'elles reçoivent à ces points est aussi un déterminant essentiel de leur survie.

Ainsi les initiatives de la maternité sans danger doit se concentrer sur l'accès et la qualité de soin comme les constituants des deux dans l'effort de réduire la mortalité maternelle en Afrique dans l'avenir.

Plusieurs facteurs socio-économiques reconnus sont associées à l'accès bas et la pauvre qualité de services de maternité

**Editor, Afr J Reprod Health and Professor of Obstetrics & Gynaecology, Department of Obstetrics & Gynaecology, College of Medical Sciences, University of Benin, Benin City, Nigeria*

au pays africains. Il y inclut la pauvreté, l'analphabétisme, l'ignorance, les pratiques traditionnelles malfaisantes, les croyances religieuses, les autorisations socio-économiques des femmes et de pauvres infrastructures de ces pays. Tout effort par conséquent ayant le but d'augmenter l'accès et la qualité des services d'accouchement des femmes, doivent tenir compte de l'un ou plus des compliments sociaux si de tels programmes doivent réaliser des objectifs visés.

Cette édition de la *Revue Africaine de la Santé de Reproduction (RASR)* contient huit articles originaux qui rapportent des données empiriques associées à la mortalité maternelle en Afrique. Les premiers quatre articles^{5, 6, 7, 8} rapportent sur des taux montant de la mortalité maternelle au Nigeria et au Malawi, ainsi que des facteurs médicaux et sociaux associés aux taux élevés de la mortalité dans les deux pays. Les communications tirées du Malawi⁷ en particulier se sont servies d'un contrôle de cas d'étude destinée à identifier les facteurs cliniques, démographiques et orientées vers un service associé à la mortalité maternelle postpartum. Les résultats montrent que la pauvreté de reconnaissance des mères disposées à un risque plus élevé et l'insuffisance de soin obstétrique en cas d'urgence offert aux femmes étaient les prédicateurs les plus importants de la mortalité maternelle postpartum au Malawi.

Les quatre communications suivantes dans cette édition rendent compte des scénarios variées de la qualité de soin maternel et accès au Nigeria, en Tanzanie

et au Sénégal. La communication d'Oladapo et al⁹ documentent sur la pauvre qualité de soin prénatal entre le cadre des soins sanitaires primaires au Sud-ouest du Nigeria. Ainsi, Fawole et ses collègues¹⁰, en se servant des critères basés sur l'audit clinique, ont rendu compte de la pauvreté de qualité de services obstétriques dans la même région du Nigeria. De même, Nyantems et ses collègues¹¹, en se servant des instruments d'évaluation de la maternelle sans danger de l'OMS ont rapporté de grave manque de catégories essentielles de personnel sanitaire pour des soins périnataux en Tanzanie qui reflètent la qualité de travail extrêmement énorme de soin périnatal, avec de compromis grave de la qualité de soin disponible.

C'est en vue de l'arrière plan donné par ces sept communications que la huitième qui analyse la politique de l'accouchement gratuit et césarien au Senegal¹² doit être comprise. Une politique de services maternels gratuits évidemment éliminent la pauvreté comme une barrière importante à l'utilisation des services, et pourraient aussi augmenter l'accès aux services maternels basés sur des preuves des femmes enceintes. Des expériences des pays tels le Ghana, le Burundi, l'Afrique du sud et le Niger qui ont tous appliqué les services maternels gratuits^{13, 14, 15, 16} ont rendu compte de l'augmentation pertinente dans le nombre de femmes enceintes qui se servent des services prénatals et de l'accouchement gratuit. Cependant, des évaluations ultérieures de tels programmes ont produit fréquemment un mécontentement des

clients à cause de la mauvaise qualité de service rendu, d'une grande mesure, due au manque de planning et de mauvais support financier des programmes.

Ce n'est pas donc étonnant que les résultats des interviews des informateurs clefs de l'accouchement gratuit et de la politique césarienne au Sénégal rapporté dans cette édition, a démontré le mécontentement de l'application de principe au Sénégal. Pourtant, c'est la vue de cette revue que le résultat de l'évaluation de ce principe ne doit pas décourager les gouvernements africains de l'appliquer dans l'accouchement gratuit pour des femmes enceintes. Au contraire, l'OMS avait recommandé de tels principes comme étant capable d'augmenter la responsabilité de soin maternel et d'augmenter l'accès aux services basés sur des preuves pour des femmes enceintes. Les conditions requises c'est d'assurer que lorsque de telles politiques sont exprimées, des efforts adéquats doivent être mis en place pour l'amélioration de la qualité de soin rendu et de finance suffisant, les ressources humaines et infrastructurelles doivent être dévouées afin d'accommoder l'augmentation prévue dans l'utilisation de service.

Personne ne s'attend à ce que les services de maternité soient gratuits de manière permanente pour des femmes dans la région africaine. Cependant, comme nous sommes seulement sept ans de 2015 et avec la preuve accumulant que beaucoup de pays africains sont toujours loin à réaliser, la santé maternelle rapprochée au But du Développement Millénial, un remède à court terme

comme des services de maternité gratuits est désirable pour rapidement remédier la situation. La solution à long terme est pour des gouvernements africains de concentrer des efforts dans l'amélioration de leurs économies nationales, de la création de la richesse pour leurs citoyens, de la réduction des niveaux de pauvreté et le placement en santé, de l'éducation et des infrastructures sociales, comme des mesures cruciales pour réduire la mortalité maternelle sur un niveau durable.

En guise de conclusion, l'augmentation de l'accès au planning familial, du soin prénatal, du service de naissance qualifié et de l'urgence du soin obstétrique sont une stratégie importante pour réduire la mortalité maternelle en Afrique. Cependant, les efforts ont visé à augmenter l'accès qui devrait être complété avec l'amélioration de la qualité de soin pourvu que, sans lequel très petits résultats puissent être réalisés. Nous invitons aux décideurs à consacrer des ressources substantielles de réaliser l'accès universel aux services de qualité pour les quatre interventions clefs dans des efforts de réduire significativement la mortalité maternelle dans le continent africain avant 2015.

Références

1. Gribble J, Haffey J. Santé reproductrice en Afrique subsaharienne. Bureau de Population, 2008 :www.prb.org.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Carte routière pour accélérer l'accomplissement du MDG lié à la santé maternelle et nouveau-né en Afrique. Organisation Mondiale de la Santé, 2005. Disponible :

- <http://www.afro.who.int/whd2005/mdg-roadmap-eng.pdf> (Accès eu le 15 juillet, 2005).
3. La prévalence contraceptive des femmes âgées de 15 – 19 ans. In <http://www.nationmaster.com> (Accès eu le 9 décembre, 2008).
 4. La Commission Nationale de Population [Nigeria]. Sommet Mondial pour des Indicateurs d'enfants nigériens 2003 Démographie nigérienne et sondage de santé 2003. Calverton, Maryland : Commission Nationale de Population et ORC/Macro, 2003, p.333.
 5. Abe E, Omo-Aghoja LO. Mortalité maternelle à Central Hospital, Benin City, Nigeria : Une revue de dix ans. *Afr J Reprod Health* 12 (3):17-23.
 6. Mairiga AG, Kawuwa MB, Kullima A. La perception de membres communautaires de mortalité maternelle au Nord-est du Nigeria. *Afr J Reprod Health* 12 (3) :27-34.
 7. Kanyighe C, Channon A, Tadesse E, Madise N, Changole J, Bakuwa E, Malunga E, Stones RW. Les déterminants de mortalité maternelle postpartum à Queen Elizabeth Hospital, Blantyre, Malawi : Etude de contrôle de cas 2001 – 2002. *Afr J Reprod Health* 12 (3) :35-48.
 8. Wagbatsoma VA, Omoike BI. Fréquence et prévention du paludisme dans l'état d'Edo, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 12 (3) :49-58.
 9. Oladapo OT, Iyaniwura CA, Sule-Odu AO. Qualité de services prénatals de soin principal au Sud-ouest du Nigeria. *Afr J Reprod Health* 12 (3):71-92.
 10. Witter S, Diadiou M, Fawole AO, Hunyinbo KI, Sotiloye OS, Otolorin EO. Evaluation à base de critères d'audit clinique dans la qualité d'améliorer le soin obstétrique dans un hôpital du pays en voie de développement. *Afr J Reprod Health* 12 (3):59-70.
 11. Nyamtema AS, Urassa DP, Massawe S, Massawe A, Lindmark G, Van Roosmalen J. Dotation en personnel de besoins de qualité de soin périnatal en Tanzanie. *Afr J Reprod Health* 12 (3):113-124.
 12. Witter S, Diadiou M. Les vues d'informateur clefs d'un accouchement gratuit d'une politique césarienne au Sénégal. *Afr J Reprod Health* 12 (3):93-112.
 13. Witter S, Arhinful D. K, Kusi A, Zakariah – Akoto S. L'expérience du Ghana dans l'application d'une politique gratuite afin de fournir aux clients des soins d'accouchement gratuit. *Reprod Health Matters* 2007; 15 (30):61 – 71.
 14. Burundi : Les effets secondaires des soins maternels gratuits et de service infantile. In <http://www.irinnews.org/report.aspxreportid=59267>. Accès eu le 6 janvier, 2008.
 15. Schneider H, Gilson L. L'impact des soins maternels gratuits en Afrique du Sud. In *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, edited by Marge Berer and T. K Sundari Ravindran. Oxford, England, Blackwell Science, 1999: 93 – 101.
 16. Diop F, Yazbeck A, Bitran R. L'impact d'arrangements de rétablissement de coût alternatifs sur accès et équité au Niger. *Plan de Politique de Santé*. 1995 Sept ; 10 (93) : 223 – 40.
 17. James C. D, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D et al. Conserver ou enlever des redevances par utilisateur ? Réflexions sur le débat actuel des pays à faible ou moyens revenus. *Appl Health Econ Health Econ Health Policy*. 2006; 5 (3):137 – 53.