

Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest

Vers une maternité à moindre risque ?

Pregnancy and delivery in West Africa. Toward a motherhood to a lesser risk

A. Prual ⁽¹⁾

Résumé : Le ratio de mortalité maternelle est l'indicateur de santé pour lequel la disparité entre pays industrialisés et pays en voie de développement est la plus grande. Les causes médicales sont mieux connues depuis une décennie mais les autres déterminants doivent être recherchés pour développer les stratégies les plus pertinentes. Les déterminants socio-économiques jouent un rôle important mais les dysfonctionnements des services de santé maternelle sont responsables directement de la majorité des décès. L'insuffisance de personnel qualifié, la mauvaise gestion de ceux qui le sont, la mauvaise allocation des rares ressources, les mauvaises relations entre personnels de santé et femmes enceintes et les pénuries de matériel, de médicaments et de sang sont responsables d'une mauvaise qualité des soins maternels. La mise en œuvre de mesures simples et peu coûteuses mais efficaces préconisées dans le cadre de l'Initiative pour une Maternité sans Risque permettrait de réduire considérablement les décès maternels et néonataux ainsi que les handicaps. Ceci nécessite une mobilisation des pouvoirs publics des pays concernés. Celle-ci n'a toujours pas eu lieu en Afrique de l'Ouest malgré le plaidoyer des organismes internationaux.

Summary : *The maternal mortality ratio is the health indicator displaying the greatest disparity between industrialized and developing countries. Medical causes have been better known since a decade ago but the non medical causes must be studied to develop appropriate strategies. Socio-economic causes play an important role but the poor performances of the maternal health services are directly responsible for the great majority of the deaths. The lack of qualified personnel, the poor management of those who are qualified, the misallocation of the rare resources, the poor relationships between health personnels and their clients, the shortages of supplies, essential drugs and blood lead to a poor quality of care to pregnant women. The Safe Motherhood Initiative has led to the development of simple but efficient strategies which would allow to dramatically reduce maternal and neonatal mortality as well as handicaps. This requires a political commitment of the governments of West Africa but, in spite of the strong advocacy of major donor agencies and international organizations, programs have yet to be implemented.*

Mots-clés : grossesse risque - surveillance prénatale - accouchement - qualité soins - Afrique de l'Ouest.

Key-words : risk pregnancy - prenatal monitoring - delivery - cares quality - West Africa.

(1) Direction de la Planification, de la Coopération et de la Statistique. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Nouakchott. République Islamique de Mauritanie.

Introduction

En Afrique de l’Ouest, les ratios de mortalité maternelle sont estimés à 1 020/100 000 naissances vivantes, alors qu’ils sont de 17/100 000 en Europe occidentale [93]. Ils y sont, en cette fin du XX^e siècle, du même ordre de grandeur que ce qu’ils étaient en Europe au XVIII^e siècle [54,97]. Les taux observés dans les grandes villes d’Afrique de l’Ouest (environ 350/100 000) sont identiques à ceux de l’Europe ou des USA dans les années 1930 [54, 75]. C’est à partir de cette période que la mortalité maternelle a commencé à diminuer d’une manière importante dans les pays industrialisés grâce aux progrès médicaux (césarienne segmentaire, antibiothérapie, anti-hypertenseurs, transfusion sanguine) [1, 97, 125]. En Afrique subsaharienne, les ratios de mortalité maternelle ne semblent pas avoir dimi-

nué, sauf, peut-être, dans les métropoles. Ce n’est que très récemment que la mesure de la fréquence de la mortalité maternelle a fait l’objet d’enquêtes rigoureuses. Faute de données antérieures fiables, il est difficile d’en suivre l’évolution. Mais les taux observés indiquent une situation catastrophique, y compris en milieu urbain, malgré la forte concentration de personnels médicaux et para-médicaux et de moyens. Les études épidémiologiques ont permis de mieux connaître les causes médicales des décès maternels [102]. Dans le même temps, de gros progrès ont été réalisés dans les pays industrialisés dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques des complications maternelles et néonatales, grâce notamment à l’apport de l’épidémiologie d’évaluation [17]. Ces progrès dans la connaissance des causes médicales doivent permettre d’élaborer des pro-

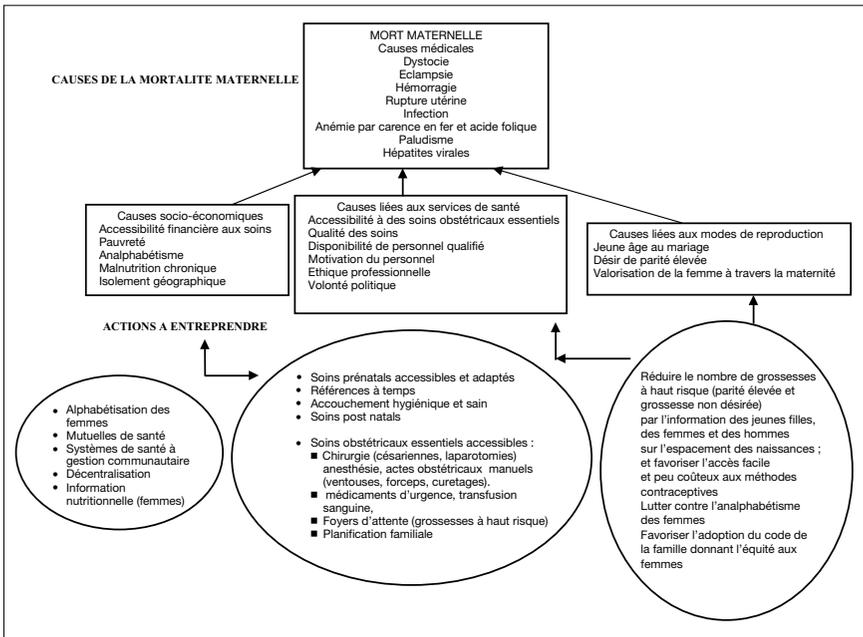


Figure 1 : Déterminants de la mortalité maternelle.

grammes d'action. Mais les causes non médicales de cette situation doivent être recherchées pour mettre au point les stratégies les plus pertinentes. La mortalité maternelle est un problème de santé publique extrêmement complexe. En effet, la grossesse n'est pas une maladie; ses déterminants sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses (obstétrique, épidémiologie, santé publique, démographie, sciences sociales); les actions à entreprendre relèvent donc, elles aussi, d'approches très variées (Figure 1). Nous tentons ici de présenter une analyse de situation et de proposer des perspectives

Les déterminants de la mortalité maternelle

Les déterminants socio-économiques

2.1 - Les déterminants en rapport avec le système de procréation

La fameuse phrase « *trop d'enfants, trop tôt, trop tard et trop rapprochés* » illustre à elle seule les facteurs culturels qui régissent les modalités de la reproduction dans une société en développement et qui sont des facteurs causaux de décès maternels [109]. Toutes les études sur la mortalité maternelle dans les PVD ont montré que la primiparité, d'autant plus qu'elle concerne une femme plus jeune, et la grande multiparité sont des facteurs de risque importants de complications sévères, indépendamment de l'âge maternel [9, 21, 79]. Au Bangladesh, à partir du quatrième enfant, le risque de décès maternel était multiplié par deux; à partir du huitième, il était multiplié par 3 [21]. Or, les études réalisées dans les pays industrialisés révèlent qu'avec un bon suivi et une bonne prise en charge, la multiparité ne constitue plus un facteur de risque maternel [20, 28, 39]. L'âge est un facteur de risque

maternel majeur, identifié depuis longtemps. Le risque de décès maternel suit une courbe en U quel que soit le niveau de développement du pays. Le suivi d'une population de 300 000 personnes au Bangladesh a montré, en 1975 déjà, que le ratio de mortalité maternelle était de 489/100 000 chez les femmes de 20-34 ans, de 740 dans le groupe d'âge 15-19 ans et deux fois plus chez les femmes de moins de 15 ans (1 770/100 000) [21]. Au Nigeria, la collecte d'informations sur 22 774 accouchements en milieu hospitalier avait révélé que, bien que les adolescentes de moins de 15 ans ne représentaient que 6 % des accouchements, elles contribuaient pour 30 % des décès maternels [49]. Les femmes âgées de 40 ans ou plus courent un risque de 3 à 5 fois plus grand que les femmes du groupe d'âge 20-24 ans, comme l'ont montré des études au Venezuela, au Sri Lanka et en Angleterre, indépendamment de la parité [115, 116]. Néanmoins, depuis les années 1980, l'amélioration de la qualité des soins a permis de diminuer constamment le risque lié à l'âge maternel bien que l'âge moyen à l'accouchement ait augmenté [18]. Le rôle d'un espace intergénérisque court sur la mortalité maternelle a été très peu étudié, contrairement à son rôle sur la mortalité infantile. Mais un espace intergénérisque court ne permet pas aux femmes, qui sont le plus souvent malnutries, de reconstituer leurs réserves énergétiques et leur stock de fer et de micronutriments perdus lors de la grossesse précédente, entraînant ainsi une aggravation des déficits nutritionnels [52]. Or, ces facteurs de risque importants de mortalité maternelle sont présents chez près de la moitié des femmes d'Afrique de l'Ouest. La récente enquête sur la morbidité maternelle grave en Afrique de l'Ouest (enquête MOMA), au cours de laquelle 20 326 femmes enceintes de 6 pays

ouest-africains ont été suivies, a permis, pour la première fois, de connaître la prévalence réelle de ces facteurs de risque en population [15, 16]. Au total, plus de la moitié des femmes enceintes présentaient un risque lié au système de procréation : 23,1 % étaient de grandes multipares (≥ 4), 1,6 % avaient moins de 16 ans et 11,8 % plus de 34 ans. Un espace intergénéral court (24 mois) était retrouvé chez 16,1 % des multipares. Les indicateurs démographiques témoignent de l'ampleur du phénomène : les taux d'accroissement annuel de population en Afrique de l'Ouest sont environ de 3 %. Ils varient de 2,5 % en Mauritanie à 3,7 % en Gambie. L'indice synthétique de fécondité varie de 5,2 en Mauritanie à 7,4 au Niger [5]. Cette fécondité très élevée et la mortalité maternelle (et infanto-juvénile) qui en résulte, sont fortement liées au contexte culturel et économique, notamment au statut de la femme (tableau I). En règle générale, plus le statut social de la femme est bas, plus la mortalité maternelle (et infanto-juvénile) est élevée [109]. « *Pauvres, impuissantes et enceintes* » est la phrase-choc par laquelle la *Popu-*

lation Crisis Committee commençait son rapport sur la condition féminine dans le monde [98]. Le mariage précoce, parfois chez des jeunes filles à peine pubères, est fréquent dans de nombreux PVD, notamment en Afrique de l'Ouest. La femme étant surtout valorisée à travers ses capacités de procréation, elle va non seulement avoir une grossesse très tôt mais de nombreuses grossesses, comme en témoigne l'indice synthétique de fécondité. Dans de nombreuses sociétés africaines, seule la maternité offre à la femme une reconnaissance sociale, d'autant que sa capacité de procréation est le reflet de la virilité de son mari [109]. Ce phénomène est aggravé par les lois qui, dans de nombreuses cultures, favorisent l'héritage pour les garçons au détriment des filles, incitant une mère à avoir le plus de garçons possibles, surtout en situation de mariage polygamique où la concurrence avec les co-épouses est grande [60]. C'est ainsi que, bien que la femme africaine ait un rôle majeur dans la production économique (notamment en zone rurale) et soit la seule à intervenir dans les travaux

Tableau I: Indicateurs du statut de la femme

Région/Pays	Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes (1995)	Taux d'inscription des filles en % de celui des garçons (1990-1995)		Taux d'emploi des contraceptifs (%) (1990-1997)	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) (1995-1996)	% d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (1990-1996)
Pays à revenus élevés	8/1 000					
Afrique subsaharienne	104/1 000					
Pays d'Afrique de l'Ouest :						
Bénin	53	50	41	9	75	45x
Burkina Faso	30	65	50	8	27	42
Côte d'Ivoire	60	76	52	11	22	45
Mali	59	64	55	7	32	24
Mauritanie	52	81	58	4	28	40
Niger	33	60	56	4	31	15
Nigeria	70	79	85	6	36	31
Sénégal	53	75	52	13	34	46

Source : Banque mondiale Rapport sur le Développement dans le Monde 1993 : Investir dans la Santé
 * AVCI : année de vie corrigée du facteur invalidité

domestiques, c'est seulement son rôle de mère qui est mis en exergue. Pourtant, une étude portant sur 202 sociétés dans le monde a montré que la majorité des femmes, malgré un statut nutritionnel le plus souvent déficient, continue à travailler jusqu'à l'accouchement et reprend le travail presque immédiatement après [63]. Enfin, les enfants constituent pour beaucoup de familles des PVD une force de travail importante, qui peut contribuer d'une manière significative aux revenus de la famille. De plus, dans des pays où le système de sécurité sociale n'existe pas ou est très insuffisant, les enfants, surtout mâles, représentent la sécurité pour leurs parents lorsqu'ils deviennent âgés. Il est aisé de comprendre, dans ces conditions, pourquoi les programmes de planification familiale rencontrent si peu de succès en Afrique subsaharienne.

2.2 - Les causes économiques

L'influence des facteurs socio-économiques sur la santé est une évidence mais leur part réelle comme déterminant de la mortalité maternelle dans les PVD a été peu étudiée. De plus, les différents facteurs sont intriqués et il est difficile de distinguer entre causes et conséquences : les femmes pauvres sont aussi les moins éduquées et réciproquement ; leur santé est moins bonne en raison d'une malnutrition chronique, d'une énorme charge de travail, d'un accès ou d'une utilisation limitée des soins. Ainsi au Sénégal, la couverture vaccinale des enfants est très liée au niveau d'éducation de la femme et aux conditions socio-économiques du ménage, notamment l'existence d'un salaire régulier du mari [32]. Les femmes pauvres, du fait de leur analphabétisme et de l'impossibilité dans laquelle elles sont mises de se défendre, ont de ce fait un bas statut social qui, à son tour, engendre pour

leurs filles analphabétisme et pauvreté. Or, les pays d'Afrique de l'Ouest sont tous classés parmi les économies à faible revenu (tableau II). Leur PNB par habitant variait, en 1995, de 660 US \$ pour la Côte d'Ivoire à 220 US \$ pour le Niger [5]. D'après ce même rapport de la Banque mondiale, 17,7 % de la population de Côte d'Ivoire et 61,5 % de celle du Niger vivent avec moins de 1 US \$ par jour (1995).

Inversement, le taux d'analphabétisme des adultes est parmi les plus élevés au monde, de 43 % au Nigeria, dont le PNB par habitant n'est que de 260 US \$ malgré d'importantes ressources naturelles, à 86 % au Niger [5]. La disparité homme-femme est flagrante : à titre d'exemples, au Niger, 95 % des femmes mais 79 % des hommes sont analphabètes ; au Nigeria, ces pourcentages sont respectivement de 53 % et 33 %, au Sénégal, de 77 % et 57 %. Ces pays sont tous classés par le *Population Crisis Committee* dans les pays où la condition féminine est la plus mauvaise. [98] Or, c'est aussi en Afrique de l'Ouest que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé dans le monde [93]. L'exemple du Sri Lanka montre qu'avec une bonne gestion des ressources et une alphabétisation importante, un pays pauvre peut avoir une population en bonne santé. Ce pays, qui a un PNB par habitant de 700 US \$ (très voisin de celui de la Côte d'Ivoire), a un taux d'analphabétisme de 10 % chez les adultes (13 % chez les femmes, 7 % chez les hommes) alors que le taux d'analphabétisme en Côte d'Ivoire est de 60 % (70 % chez les femmes, 50 % chez les hommes). Le taux d'accroissement annuel de la population du Sri Lanka est de 1,3 % (3,1 % en Côte d'Ivoire). Son taux de mortalité maternelle est 6 fois moins élevé que

Tableau II : Indicateurs socio-économiques de base de l'Afrique de l'Ouest (sélection de pays)

Région/pays	PNB/habitant et par an (US \$)	Croissance annuelle moyenne du PNB (85-95)	% population vivant avec moins de 1 US \$	Taux d' analphabétisme (adultes)
Pays à revenus élevés	24 930	1,90 %	-	-
Afrique subsaharienne	490	-1,10 %	-	-
Pays d'Afrique de l'Ouest :				
Bénin	370	-0,30 %	-	63 %
Burkina Faso	230	-0,20 %	-	81 %
Côte d'Ivoire	660	-	17,70 %	60 %
Mali	250	0,80 %	-	69 %
Mauritanie	460	0,50 %	31,40 %	-
Niger	220	-	61,50 %	86 %
Nigéria	260	1,20 %	28,90 %	43 %
Sénégal	600	-	54,00 %	67 %

Source : Banque mondiale Rapport sur le Développement dans le Monde 1997 : L'Etat dans un monde en mutation.

celui de la Côte d'Ivoire (140 vs 810/100,000) [4]. Tous les experts s'accordent pour reconnaître que le combat contre la mortalité maternelle (et infanto-juvénile) passe obligatoirement par l'éducation, notamment des femmes, passage obligé pour un développement durable [4, 5, 50, 98].

Causes des décès maternels liés aux services de santé

La mort maternelle est la conséquence d'une *engrenage fatal*, d'une chaîne d'événements mal contrôlés [83]. Même dans un pays industrialisé comme la France, une proportion importante des décès maternels est évitable. Une enquête menée en 1992 dans plusieurs régions a montré que sur 46 décès maternels, 17 n'avaient pas bénéficié de soins optimaux (36,9 %) et 9 (19,5 %) probablement non plus [14]. Une étude des décès maternels au CHU de Nice a récemment montré qu'une grande partie des décès n'avaient pas bénéficié des soins obstétricaux standards [57]. Une étude réalisée en 1985 par l'OMS avait montré que 99 % des décès maternels survenant dans les PVD étaient évitables, même

dans le contexte actuel. Les ratios de l'Afrique de l'Ouest montrent qu'ils ne sont pourtant pas évités. Les raisons les plus souvent invoquées par les responsables des services de santé ouest-africains sont le manque de moyens, le manque de personnel, le recours insuffisant des femmes aux services de santé de type occidental, le manque de compréhension des messages sanitaires par les femmes qui bien souvent dans le discours quotidien des personnels de santé sont accusées de tous les maux. De nombreux « experts » ont d'ailleurs contribué à consolider cette idée que la responsabilité de la situation catastrophique de la santé maternelle en Afrique est toujours « ailleurs », soit du côté des femmes qui ne fréquenteraient pas assez les consultations prénatales (ce qui suppose qu'elles soient efficaces), soit à l'étranger, responsable facile de la crise économique. La Banque mondiale, le Fonds monétaire international et leur ajustement structurel sont souvent rendus responsables [29, 51]. Ces explications, faciles car elles permettent d'éviter de se poser des questions sur l'utilisation et la gestion des ressources existantes et sur la qualité

des soins, résistent-elles à une analyse approfondie? Les données et les exemples cités dans ce texte apportent un premier élément de réponse.

3.1 - Accès et utilisation des services de santé

Les pays africains ont fait, depuis les indépendances, des efforts considérables d'investissement dans les structures de santé, malheureusement trop souvent ciblés sur le niveau tertiaire [4]. Or, les hôpitaux absorbent, dans les pays en développement, 40 à 80 % des dépenses publiques de santé, alors que la majorité de la population vit en zone rurale et n'y a pas accès [4]. De plus, à la différence des pays industrialisés, cet investissement ne permet que rarement la fourniture de services cliniques essentiels. Dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, adhérents du concept des Soins de Santé Primaire, le niveau primaire a aussi été très développé, donnant accès à des prestations sanitaires à une grande partie de la population. Malheureusement, ces niveaux de services ambulatoires (postes de santé, dispensaires et centres de santé) fonctionnent souvent de façon peu satisfaisante en termes de soins disponibles, de qualité des soins et de personnel [4]. Ainsi, accessibilité et qualité ne vont pas forcément de pair.

L'étude de la santé maternelle dans les grandes métropoles d'Afrique de l'Ouest en fournit un excellent exemple. La couverture en soins de santé maternelle y est très élevée : dans toutes les capitales, le taux de couverture en consultation prénatale, définie par l'OMS comme « *le pourcentage de femmes enceintes ayant au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par du personnel qualifié en soins obstétricaux* (sages-femmes diplômées et docteurs

en médecine) », se situe autour de 90 % (par exemple : 83 % à Bamako, 93 % à Conakry, 96 % à Ouagadougou) [94]. Parallèlement, le taux d'accouchements dans des structures sanitaires (publiques ou privées) est, lui aussi, élevé bien qu'atteignant des taux légèrement plus faibles (par exemple : 75 % à Conakry, 77 % à Niamey, 81 % à Abidjan) [94]. Ces chiffres montrent que la grande majorité des femmes enceintes des grands centres urbains a non seulement accès mais aussi utilise les formations sanitaires. L'enquête MOMA a permis d'affiner ces chiffres ; sur l'ensemble des femmes enceintes incluses résidant dans une grande ville (n = 18 711), 92 % avaient eu au moins une consultation prénatale (CPN) au moment de l'interrogatoire à 32-36 semaines d'aménorrhée, 44 % en avaient eu au moins trois ; 82 % ont accouché dans une structure sanitaire. A l'inclusion dans l'enquête, 91 % déclaraient qu'elles se rendraient en CPN durant cette grossesse ; seules 5 % d'entre elles ne s'y sont finalement pas rendues [100]. De plus, la majorité des personnels de santé et la quasi-totalité des spécialistes sont concentrées dans ces métropoles. Pourtant, les accouchements n'y sont pas toujours effectués par du personnel qualifié : parmi les 81,5 % de femmes de l'enquête MOMA ayant accouché dans une structure de santé, le suivi du travail et l'accouchement n'ont pas été pris en charge par du personnel qualifié chez un quart d'entre elles (matrones, membre de la famille, etc.) alors que dans toutes les structures concernées le personnel qualifié était en nombre suffisant et présent [16]. L'accès aux soins et la perception des femmes de l'utilité de faire suivre leur grossesse et d'accoucher en milieu médicalisé (ou perçu comme tel) ne peuvent donc être incriminés pour expliquer cette

forte mortalité maternelle. En milieu urbain, le taux d'utilisation des services de santé est, dans l'ensemble, excellente, quel que soit le niveau socio-économique, comme l'a montré une étude à Pikine (Sénégal) [31]. En milieu rural, la situation est évidemment très différente et les taux de mortalité maternelle y sont 2 à 3 fois plus élevés qu'en milieu urbain. Les taux de consultation prénatale y sont plus bas, de 13 % au Mali, 20 % au Niger à 48 % en Guinée ou 53 % au Burkina Faso. Les taux d'accouchements en structure sanitaire sont, à titre d'exemple, de 5 % au Niger, 17 % en Mauritanie mais 53 % au Nigeria ou 63 % au Sénégal [94]. Ces chiffres sont cependant à interpréter avec prudence. D'une part, il existe de très grandes différences entre zones rurales d'un même pays ; d'autre part, la définition de l'OMS qui, pour ces deux taux, implique la présence de personnels qualifiés en soins obstétricaux, n'est peut-être pas interprétée par tous avec la même rigueur. Néanmoins, ces bas taux de fréquentation témoignent à la fois de difficultés d'accès liées à la géographie (notamment, les pays sahéliens ont de très faibles densités de population), de difficultés d'accès liées à l'environnement social et culturel et peut-être d'une perception moins grande par les femmes rurales de l'utilité des services offerts par les structures sanitaires. Cela ne peut qu'être renforcé par le faible niveau, quantitatif et qualitatif, des prestations sanitaires, notamment obstétricales, au niveau des zones rurales. Une étude menée en Zambie dans deux districts ruraux isolés a récemment montré que le fait de rendre accessible les soins aux femmes enceintes, ferait diminuer la mortalité maternelle de 29 % dans un district et de 65 % dans l'autre [69].

3.2 - La qualité des soins

L'étude multicentrique conduite par l'OMS a montré que 11 à 47 % des décès maternels dans les pays étudiés (Colombie, Inde, Tanzanie et Vietnam) étaient imputables à une intervention fautive ou inadéquate du personnel médical [83]. À la Jamaïque, une étude a montré que 68 % des décès maternels survenus entre 1981 et 1984 avaient une ou plusieurs causes évitables, dont 58 % de la faute des personnels de santé [124]. En Tanzanie, sur une série de 86 décès maternels survenus à l'hôpital, 30 (34,9 %) étaient dus au manque de prise en charge de facteurs de risque pourtant dépistés, 9 (10,5 %) à des facteurs liés au personnel, 9 à des pathologies graves mal ou non prises en charge, 2 (2,3 %) à l'administration de plantes locales, les autres étant dues au manque de matériel ou de sang [99]. Dans cette même étude, parmi les décès survenus en dehors de l'hôpital (n = 26), un seul était imputable à la femme elle-même (fuite). Au Zimbabwe, dans une province rurale, sur 105 décès maternels, 90 % ont été estimés évitables ; à Harare la capitale, sur 61 décès maternels, 85 % étaient évitables. Respectivement 67 % et 70 % étaient liés à des défauts de prise en charge [35]. C. Vangenderhuysen et al. ont proposé de classer les décès maternels en trois catégories : « *probablement évitables* » ; « *peut-être évitables* » et « *probablement non évitables* ». Sur 25 décès maternels étudiés à Niamey (Niger), ils en classèrent 12 (48 %) dans les décès « *probablement évitables* », 9 (36 %) dans les décès « *peut-être évitables* » et seulement 4 (16 %) dans les décès « *probablement non évitables* » [122]. Dans plus de la moitié des cas des deux premières catégories, la négligence des agents de santé était incriminée. Leur conclusion était que

« la force de l'habitude, le travail routinier et, surtout, la dilution des responsabilités au sein des équipes de surveillance prénatale ou de salle d'accouchement peuvent être la source de *laisser-aller* » et que le dialogue sage-femme/parturiente était particulièrement « ardu », d'autant plus qu'elles viennent de classes sociales différentes. Quelques rares autres études ont abordé le problème de la qualité des soins obstétricaux en Afrique subsaharienne mais de façon qualitative. Au Nigéria, la conclusion d'une étude sur les décès maternels par hémorragie survenus dans un service d'obstétrique universitaire pendant 6 ans, était que le manque de supervision adéquate des résidents était le problème majeur dans la prise en charge des patientes [30]. Parmi les facteurs évitables de décès maternel au service obstétrical du CHU d'Ilorin (Nigéria), figuraient une mauvaise prise en charge de la troisième phase du travail et une mauvaise organisation de la structure [3]. A Abidjan, Thonneau et al. ont montré que la moitié des cas de décès survenaient dans les 6 heures après leur admission, témoignant d'un état critique à l'arrivée, alors que les femmes étaient référées des maternités périphériques, toujours accessibles. La conclusion était que les complications obstétricales étaient mal diagnostiquées, mal prises en charge au niveau périphérique et référées trop tardivement au niveau tertiaire (la qualité de la prise en charge à ce niveau n'était pas abordée) [114]. La mauvaise qualité de la prise en charge des femmes enceintes a été aussi démontrée au niveau de la consultation prénatale. Au Burkina Faso, certains facteurs de risque n'étaient jamais dépistés par les sages-femmes (prise de poids, taille et bassin rétréci). Lorsqu'un risque était détecté et qu'une action était entreprise, elle était sans rapport avec le

risque. À l'accouchement, les informations collectées lors de la CPN étaient rarement utilisées. Chez 30 % des femmes venant pour accoucher, les antécédents, l'histoire de la grossesse, la tension artérielle, l'évaluation de la dilatation et l'examen du pelvis n'étaient pas demandés ou pratiqués [111]. Dans une étude menée au Niger, des résultats semblables ont été retrouvés : de nombreux facteurs de risque n'étaient pas recherchés bien que le dossier de CPN, clair et opérationnel, ait été conçu pour que les personnels pratiquant la CPN, quelle que soit leur qualification, les identifient et identifient les femmes à risque. Chez près de la moitié des femmes enceintes examinées par des sages-femmes lors d'une enquête sur la qualité des soins prénatals, la taille et la pression artérielle n'étaient pas mesurées, les œdèmes et un saignement vaginal pas recherchés. La parité, l'âge, des antécédents de césarienne, des antécédents de fausses couches n'étaient pas recherchés chez environ 15 % des consultantes. De même que dans l'étude burkinabé, lorsqu'un facteur de risque était dépisté, les actions n'étaient pas systématiquement entreprises ; lorsqu'elles l'étaient, elles ne correspondaient pas systématiquement aux besoins [117]. En Zambie, une étude récente a montré que le monitoring fœtal n'était pas fait et que le partogramme n'était pas utilisé ou manquait, alors que ces deux procédures étaient une pratique théoriquement standard dans ces 21 maternités [77]. Au Zimbabwe voisin, l'étude déjà citée montrait que la gravité clinique de la complication était souvent passée inaperçue, conduisant à des retards dans les traitements et les transferts et que, lorsqu'une complication était diagnostiquée, la prise en charge était souvent inadéquate [34]. Ces facteurs humains jouent un rôle considérable

dans la mortalité maternelle. Ces données démontrent que les actions pour réduire la mortalité maternelle, quel que soit le niveau de développement sanitaire d'un pays, doivent en priorité s'adresser aux personnels de santé en charge des soins aux femmes enceintes.

3.3 - Les personnels de santé

Les études et les données sur les personnels de santé en Afrique sont rares. Pourtant, les forts taux de mortalité maternelle et les insuffisances dans la qualité des soins obstétricaux permettent de poser les questions du nombre de personnel qualifié, de la compétence des personnels et donc de leur formation, de la répartition et de la gestion de cette ressource et de l'éthique professionnelle. Dans son rapport sur le Développement dans le Monde (1993), intitulé « *Investir dans la Santé* », la Banque mondiale faisait le constat suivant pour l'ensemble du secteur de la santé : « (...) *Il n'y a pas assez de dispensateurs de soins primaires et il y a trop de spécialistes. Le personnel de santé est concentré dans les zones urbaines ; la formation en santé publique, politique de santé et gestion sanitaire a été relativement négligée ; la formation médicale est subventionnée ; (...)* » [4]. Le rapport précise plus loin que « *dans la plupart des interventions de santé d'un bon rapport coût-efficacité, un rôle essentiel est dévolu aux dispensateurs de soins primaires-catégorie qui peut inclure les médecins, le personnel infirmier, les infirmières praticiennes ou les sages-femmes (...)* ». La situation est à nuancer en ce qui concerne la santé maternelle. En effet, alors que les recommandations de l'OMS sont de une sage-femme pour 5 000 habitants, très peu de pays africains ont atteint ce ratio, même en milieu urbain. A titre d'exemple, à Nouak-

chott (Mauritanie), à Niamey (Niger) ou à Bamako (Mali), ce ratio est voisin de une sage-femme pour 10 000 habitants alors que plus de 50 % des sages-femmes du pays sont affectées dans ces capitales. C'est dire qu'en zone rurale, les ratios sont de l'ordre de une sage-femme pour 20 000 habitants en moyenne mais avec de grandes variations à l'intérieur d'un même pays, certaines régions pouvant avoir une seule sage-femme pour 80 000 habitants, voire plus. La situation des spécialistes en gynéco-obstétrique est encore plus grave : tous les spécialistes exercent en capitale où, de toutes façons, leur nombre est très insuffisant. De nombreux pays d'Afrique de l'Ouest comptent moins de 10 obstétriciens. Or, les médecins généralistes, dont le nombre est pléthorique en Afrique de l'Ouest et qui de ce fait devraient de plus en plus souvent être poussés à exercer en zone rurale, ne sont pas ou mal formés aux soins obstétricaux [4]. Ces chiffres montrent que, en Afrique de l'Ouest, le nombre de personnel qualifié en soins obstétricaux (sages-femmes et spécialistes) est très insuffisant et que le personnel qualifié est très mal réparti sur l'ensemble des territoires témoignant d'une mauvaise gestion des ressources humaines. Néanmoins, une forte présomption pèse sur la motivation du personnel qualifié qui ne fait pas toujours correctement son travail. Les deux études citées ci-dessus, au Burkina Faso et au Niger, ont montré, par exemple que des facteurs de risque très importants et des pathologies graves (hypertension gravidique) n'étaient pas systématiquement recherchés par les sages-femmes [111, 117]. Or, dans ces deux cas, il s'agissait de personnel qualifié (sages-femmes diplômées d'état), en nombre suffisant, avec un équipement suffisant et dont le volume de travail n'était pas important. Une étude

menée au Niger en 1989 (Pruval, données non publiées) avait montré que le temps de travail effectif des personnels de santé dans les centres de PMI de Niamey était de 90 minutes par jour, que l'absentéisme était très important et que, en raison de temps de travail très limité, les temps de consultation pour chaque individu étaient très courts (moins de 10 mn par consultation prénatale et moins de 2 mn par consultation d'enfant malade) [105]. En Zambie, les femmes étaient obligées par les sages-femmes de rester dans leur lit tandis que les boissons et la nourriture leur étaient retirées durant tout le travail ; la présence d'une personne de la famille était interdite ; au moment de l'accouchement, les femmes étaient forcées, comme dans la plupart des structures de santé en Afrique, de s'installer en position gynécologique, position que les femmes n'aiment pas adopter préférant accoucher dans la position naturelle accroupie ; les pieds des primipares étaient attachés dans les étriers à partir de la 2^e phase du travail [77]. Les relations sages-femmes-femmes enceintes sont souvent déplorables en Afrique de l'Ouest mais, bien que ce problème ait été identifié par la plupart des professionnels sur le terrain, peu d'études ont permis de documenter cette situation. Les études menées au Niger, auprès de femmes, auprès d'accoucheuses traditionnelles et auprès de sages-femmes par Jaffré et Prual, ont permis d'apporter quelques éléments de réponse [61, 62]. Les femmes interrogées, utilisatrices des services de santé maternelle de Niamey, se plaignaient que les sages-femmes étaient rarement présentes durant le travail et l'accouchement, préférant se distraire dans une salle à part. Beaucoup d'accouchements étaient pratiqués par les élèves sages-femmes ou les filles de salle. Les femmes, comme en Zambie,

étaient forcées d'accoucher en position gynécologique, ce qui est contraire à leurs coutumes et nuit à leur confort. Au cas où la femme se mettait quand même en position accroupie, elle était forcée par les sages femmes de nettoyer elle-même le sang répandu sur le sol. Par ailleurs, l'absence d'un endroit approprié pour déposer le placenta préoccupait énormément les femmes, beaucoup de croyances et de dangers s'attachant au placenta dans leur coutume. De nombreux autres « tabous » étaient ainsi brisés par la force, des normes morales étaient enfreintes créant une source de mécontentement et de conflits entre les sages-femmes, formées selon la tradition occidentale mais partageant avec les femmes les mêmes croyances, et les femmes enceintes. Les sages-femmes, de leur côté, se plaignaient beaucoup de l'attitude des femmes, les rendant responsables de la mauvaise qualité des services obstétricaux. Les mêmes problèmes ont été récemment mis en évidence au Bénin [26]. De plus, l'étude au Niger a montré que les sages-femmes étaient plus souvent issues de milieux sociaux favorisés que les autres personnels de santé et avaient un meilleur niveau d'éducation que les infirmiers. Elles ont par ailleurs un niveau d'éducation très supérieur à la majorité des femmes qu'elles prennent en charge, dont 86 % sont analphabètes au Niger. Or, il semble que ce fait joue également un rôle prépondérant dans les mauvaises relations entre les personnels de santé et les femmes. Très récemment, le très respecté Professeur K.A. Harrison a écrit que « *Parmi les femmes africaines, celles qui sont éduquées tendent à se sentir supérieures, alors que les femmes analphabètes, qui manquent de confiance en elles-mêmes, sont volontiers méfiantes et sceptiques. (...). Une plainte fréquente dans les*

hôpitaux africains est que les infirmières, qui sont éduquées, sont rudes ; (...) » [50]. Ce même phénomène a aussi été retrouvé en France où les relations entre sages-femmes et femmes d'extrême pauvreté sont conflictuelles et pleines de malentendus, entraînant par là une moins bonne qualité des soins [6, 27]. Ces problèmes sont encore aggravés, en Afrique de l'Ouest, par une formation très insuffisante des sages-femmes. La conclusion d'une réunion d'experts était que les sages-femmes des PVD manquaient souvent des compétences adéquates pour travailler efficacement avec les communautés et pour prendre en charge les causes majeures de mortalité et de morbidité maternelles [89]. Cette situation est due, selon ce comité, à la multiplicité des programmes verticaux, aux objectifs et aux méthodes différentes ; à une formation trop courte, trop théorique, dans un environnement trop éloigné de la réalité des conditions de l'exercice professionnel (notamment des centres de santé) ; à une formation trop orientée sur l'approche biomédicale et pas assez, voire pas du tout, sur les problèmes perçus par les communautés. Une réunion récente organisée conjointement par la Confédération internationale des Sages-femmes, l'OMS et l'UNICEF faisaient la synthèse des contraintes qui pesaient sur les sages-femmes [59]. Les facteurs de motivation font défaut : mauvaise orientation scolaire (beaucoup de jeunes filles ne choisissent pas cette profession) ; absence de développement de carrière ; manque de contrôle sur les politiques de santé ; manque de pouvoir consultatif et décisionnel ; manque d'équipements et de ressources. Les facteurs organisationnels identifiés étaient : manque de formation continue, manque de supervision, moyens de communication limités, moyens de

transport limités, manque d'écoles de formation et d'enseignants qualifiés. Les contraintes économiques jouent évidemment un rôle important : salaires insuffisants alors que le secteur privé, en pleine expansion, offre des revenus et des conditions de travail bien meilleurs ; isolement des pays ; coût élevé de la formation des sages-femmes, manque de contrôle des ressources. Ces réflexions ne concernent que les sages-femmes qui, dans la pratique, ne jouent qu'un rôle modeste à l'heure actuelle dans la santé maternelle, surtout en zone rurale, du fait d'un effectif insuffisant. Or, en zone rurale, les formations sanitaires périphériques les plus accessibles pour la grande majorité des femmes (postes de santé), ont un personnel infirmier, très peu qualifié en soins obstétricaux, aggravant encore le déficit de qualité des soins aux femmes enceintes. Ces constats ne font-ils pas ressortir un problème de responsabilité, un problème d'éthique, du niveau le plus haut de la pyramide sanitaire à son niveau le plus bas ?

3.4 - Les pénuries de matériel, de médicaments et de sang

Les pays en développement dépensent chaque année 5 milliards de dollars américains (US \$) en achat de matériel médical, soit 7 % du marché mondial (71 milliards US \$) [5]. D'après l'OMS, la moitié du matériel médical des PVD n'est pas en état de fonctionnement, en raison de mauvais choix, d'entretien insuffisant, de manque de techniciens biomédicaux et de mauvaise gestion des ressources [5]. Bien que de nombreux pays ouest-africains aient fait des efforts considérables pour développer une politique des médicaments essentiels, associée en général à une politique du recouvrement des coûts (qui concerne au minimum les médicaments essentiels,

sinon les prestations de base), les pénuries sont fréquentes, surtout au niveau des hôpitaux. Les consommables et les médicaments d'urgence font cruellement défaut dans de nombreux hôpitaux y compris les hôpitaux universitaires. Cette situation est particulièrement catastrophique au niveau des blocs opératoires. De nombreuses femmes qui nécessiteraient une césarienne ou une intervention obstétricale chirurgicale en urgence ne peuvent en bénéficier, faute de médicaments anesthésiques, de fils de suture, de solutés ou de gants chirurgicaux. Une proportion importante décède. Les personnels médicaux sont ainsi obligés de prescrire aux femmes admises en urgence les médicaments et consommables nécessaires à une intervention chirurgicale qu'elles doivent essayer de trouver en pharmacie. Ceci implique que la femme ait non seulement les moyens financiers d'acheter la prescription mais qu'elle se procure l'argent, qu'elle n'a pas en général sur elle. Les données sur ce sujet sont malheureusement très rares bien que ces situations soient vécues quotidiennement par les femmes d'Afrique de l'Ouest. L'étude menée à Niamey (Niger) par C. Vangenderhuysen et al. ainsi qu'une enquête menée en même temps avec le même protocole par F. Coulibaly à Bamako (Mali), ont permis de documenter cette situation catastrophique [24, 122]. Sur les 25 décès étudiés à Bamako, 40 % étaient liés à des insuffisances des services hospitaliers : absence de médicaments d'urgence et de consommables chirurgicaux ; pénurie de sang ; insuffisance du nombre de chirurgiens et/ou obstétriciens de garde. À la maternité de référence de Ouagadougou (Burkina Faso) située au sein du Centre Hospitalier National (également hôpital universitaire où se forment étudiants en médecine, spécialistes, sages-

femmes et personnels para-médicaux), ni la transfusion ni le kit opératoire pour césarienne n'étaient habituellement disponibles en 1995, expliquant en partie un taux de mortalité maternelle hospitalière très élevé (4 111/100 000 naissances vivantes) [68]. À la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Ilorin (Nigeria), des services de transfusion sanguine inefficaces et insuffisants, des locaux inappropriés favorisant les infections puerpérales étaient des facteurs importants de décès maternels [3]. La pénurie de sang est un problème chronique dans les hôpitaux africains, peu documenté, mais omniprésent. Les banques de sang sont soit inexistantes, soit insuffisantes, soit mal organisées et souvent mal gérées. Le problème de la forte prévalence du VIH dans les pays d'Afrique de l'Ouest ne fait que rendre le problème plus aigu. Dans de nombreux pays, les tests manquent ou sont fréquemment en rupture de stock, rendant le dépistage et donc la transfusion souvent impossibles. De plus, les donneurs potentiels sont effrayés à l'idée d'un dépistage caché. Les hémorragies étant la première cause de décès maternel dans les PVD, cette carence des services de santé est responsable de nombreux décès maternels.

Si les budgets limités des états d'Afrique ne permettent pas toujours de faire face aux besoins de santé de leur population, la mauvaise gestion et la mauvaise répartition des ressources disponibles sont les principales responsables de cette situation [4].

Les stratégies possibles

Depuis une décennie, des progrès considérables ont été réalisés par les organismes internationaux dans la conception et l'élaboration de politiques de santé et de stratégies adap-

tées à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Les stratégies générales, qui concernent également les autres domaines de la santé (amélioration de la gestion des ressources ; élaboration de politiques de santé aux objectifs clairs et aux stratégies bien définies ; amélioration des connaissances de l'épidémiologie des pathologies dominantes ; amélioration de la formation des agents de santé ; augmentation du nombre d'agents qualifiés, privatisation du secteur de la santé, etc.) ne seront pas abordées ici. Nous n'aborderons que les stratégies spécifiques à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

La « Maternité sans Risque »

Ce programme, conçu par l'OMS, repose sur quatre « piliers » :

- la planification familiale dont le but fixé est de permettre aux individus et aux couples d'avoir accès à l'information nécessaire et aux services pour planifier le moment, le nombre et l'espacement des grossesses ;

- les soins prénatals afin de prévenir autant que possible les complications de la grossesse et de s'assurer que les complications soient détectées précocement et prises en charge d'une façon satisfaisante ;

- l'accouchement hygiénique et sûr. Le programme doit permettre que toutes les personnes pratiquant des accouchements aient les connaissances et les compétences ainsi que l'équipement nécessaires pour assurer un accouchement hygiénique et sûr et pour fournir des soins du *post-partum* à la mère et au nouveau-né ;

- les soins obstétricaux essentiels doivent permettre d'offrir des soins obstétricaux adéquats à toutes les femmes présentant des grossesses à haut risque ou des complications (manœuvres instrumentales ; interven-

tions chirurgicales ; transfusion sanguine ; soins médicaux d'urgence, etc.).

Ce programme qui existe depuis une décennie, a été rendu plus opérationnel récemment, sous forme du « *Dossier Mère-Enfant* », dossier élaboré conjointement avec toutes les agences concernées des Nations Unies [90]. Ce dossier décrit chacune des interventions indispensables pour atteindre rapidement une diminution importante de la mortalité maternelle et de la mortalité néonatale, la deuxième étant indissociable de la première. Il définit un paquet minimum d'activités qui ne peuvent plus être réduites, sous peine de rendre l'ensemble du programme inopérant. Il propose aux pays trois objectifs :

- réduire le nombre de grossesses à haut risque et le nombre de grossesses non désirées ;

- réduire le nombre de complications obstétricales.

- réduire le taux de létalité chez les femmes ayant une complication.

Le tableau III liste les mesures prévues dans ce dossier. La plupart des interventions proposées sont peu coûteuses et théoriquement faciles à mettre en œuvre, sans surcoût pour le système de santé et pour les femmes si elles sont bien intégrées pour répondre également aux autres besoins (par exemple, même bloc opératoire pour plusieurs disciplines), et sans surcharge de travail pour les agents de santé. C'est le cas notamment de la supplémentation systématique en fer et en acide folique pour toutes les femmes enceintes ; de la chimioprophylaxie anti-palustre dans les zones à risque ; du traitement des parasitoses intestinales (ankylostomiase) ; de la vaccination anti-tétanique. Ces mesures ont un excellent rapport coût-efficacité. La consultation

Tableau III : Mesures prévues dans le cadre du Dossier Mère-Enfant

<p>1. Avant et pendant la grossesse</p> <p>Conseils et prestations de services de planification familiale.</p> <p>Prévention et prise en charge des MST/VIH.</p> <p>Vaccination antitétanique.</p> <p>Enregistrement et soins prénatals.</p> <p>Traitement des affections existantes (par exemple, le paludisme et l'anakylostamiasie).</p> <p>Conseils en matière de nutrition et d'alimentation.</p> <p>Suppléments de fer/folate.</p> <p>Identification, dépistage précoce et prise en charge des complications (éclampsie/pré-éclampsie, hémorragie, avortement, anémie).</p> <p>2. Pendant l'accouchement</p> <p>Accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et sans risque (atraumatique).</p> <p>Identification, dépistage précoce et prise en charge des complications au centre de santé ou à l'hôpital (par exemple, hémorragie, éclampsie, travail prolongé/dystocique).</p> <p>3. Après l'accouchement : la mère</p> <p>Identification, dépistage précoce et prise en charge des complications du <i>post-partum</i> au centre de santé ou à l'hôpital (par exemple, hémorragie, infection du <i>post-partum</i>, éclampsie)</p> <p>Soins du <i>post-partum</i> (encouragement à l'allaitement naturel et soins en cas de complications)</p> <p>Information et prestations de services de planification familiale.</p> <p>Prévention et prise en charge des MST/VIH.</p> <p>Vaccination antitétanique.</p> <p>4. Après l'accouchement : le nouveau-né</p> <p>Réanimation.</p> <p>Prévention et prise en charge de l'hypothermie.</p> <p>Allaitement au sein précoce et exclusif.</p> <p>Prévention et prise en charge des infections, y compris la conjonctivite gonococcique du nouveau-né et les infections du cordon.</p>

D'après « Le Dossier Mère-Enfant » Guide pour une maternité sans risque OMS – Programme Santé Maternelle et MRS – Division de la Santé de la Famille. OMS, Genève, 1994, 89 p.

prénatale ne demande qu'un matériel très réduit et peu sophistiqué mais son efficacité en termes de prévention des complications est actuellement fortement remise en cause [15, 74, 106, 123]. Après une revue de la littérature sur ce sujet, J. Villar et al. concluaient qu'il s'agissait d'un « rituel » dépourvu de toute base scientifique [123]. La consultation prénatale permet néanmoins d'avoir des contacts, au niveau le plus périphérique, avec les femmes enceintes,

de mener les actions préventives, de dépister facilement quelques complications, notamment la toxémie et l'hypertension gravidique. Comme le prouvent les taux élevés de fréquentation des CPN, en milieu urbain surtout, elles répondent à une demande des femmes, en dépit d'un accueil déplorable, d'une attente souvent très longue, d'une qualité très médiocre et d'une efficacité théorique et réelle très douteuse. Le dépistage des complications pendant le travail est rendu

plus facile et peu coûteux par l'utilisation du partogramme qui, malheureusement, est encore très peu utilisé en Afrique subsaharienne. Parmi les mesures proposées dans le « Dossier Mère-Enfant », les seules qui demandent un investissement humain et matériel relativement importants sont celles qui ont trait au dépistage des MST et du VIH ainsi que les interventions chirurgicales. Les premières nécessitent des laboratoires équipés et du personnel qualifié ; les secondes nécessitent des blocs opératoires fonctionnels, du personnel médical qualifié et expérimenté, une bonne gestion des moyens, un approvisionnement régulier en médicaments, solutés et consommables et souvent une banque de sang fonctionnelle. L'OMS estime que la mise en œuvre de ces mesures simples et efficaces éviterait 269 000 décès maternels par an (50 % des décès maternels dans le monde) et 1 394 000 à 1 706 000 décès néonataux (45 %) [90].

Programmes de Santé Reproductive

Le concept de santé reproductive s'est formalisé lors de la Conférence internationale sur la Population et le Développement organisée au Caire en 1994 par les Nations Unies. Se basant sur l'interdépendance des déterminants de la santé (économiques, populationnels, socio-culturels, environnementaux, épidémiologiques), ce concept est basé sur une approche globale de la santé [96]. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, il intègre les activités du programme de « Maternité sans Risque » (avec une importance plus grande accordée à l'espacement des naissances) mais s'étend à tous les domaines relatifs à la reproduction (sexualité, stérilité, MST/SIDA, avortements, pratiques

néfastes notamment les mutilations génitales féminines, santé féminine) (tableau IV) [96]. Dans le même temps, des programmes doivent être mis en place pour lutter contre l'analphabétisme, surtout des femmes ; pour améliorer le statut de la femme ; pour lutter contre l'exclusion et la pauvreté.

Analyse de la situation

Tous les ministères des pays d'Afrique de l'Ouest ont des services ou des directions de la Santé Maternelle et Infantile. Des progrès considérables ont été réalisés dans la plupart de ces pays dans le domaine de la Santé Infantile [120]. Les taux de mortalité infanto-juvéniles ont diminué d'une manière significative en une décennie grâce notamment aux Programmes Élargis de Vaccination (PEV) qui ont permis d'obtenir une couverture vaccinale importante et de réduire ainsi la mortalité infanto-juvénile due aux maladies cibles du programme. Des investissements très importants ont été engagés par les gouvernements et surtout les bailleurs de fonds dans tous les domaines de la Santé Infantile, notamment dans la lutte contre la malnutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la lutte contre les infections respiratoires aiguës, causes principales des décès infanto-juvéniles dans les PVD. Ces progrès sont certes très fragiles et peu pérennes si l'aide internationale devait diminuer (cas déjà de la couverture vaccinale) mais ils existent. Dans le même temps, le M de SMI semble avoir été oublié, comme le faisaient déjà remarquer en 1985 A. Rosenfield et al. [107]. Les taux de mortalité maternelle sont tout aussi élevés en milieu rural en 1998 qu'en 1987, année de lancement de « *l'Initiative pour une Maternité sans Risque* » [76, 112]. En milieu urbain,

Tableau V : Les composantes des soins de santé reproductive (OMS)

<p>Les composantes des soins de santé reproductive, notamment les composantes pertinentes du programme d'action de l'ICPD telles qu'adoptées par l'OMS et d'autres institutions des Nations-Unies, sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Information et services en matière de planification familiale ; ■ Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme ; ■ Prévention et prise en charge des complications de l'avortement ; ■ Prestation de services d'interruption de grossesse sans risque, lorsque la loi l'autorise ; ■ Prévention et prise en charge des infections génitales, notamment des infections sexuellement transmissibles y compris l'infection au VIH et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ; ■ Promotion d'un développement sexuel sain à partir de la pré-adolescence, de rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et de l'égalité entre les sexes ; ■ Élimination des pratiques néfastes telles que les mutilations sexuelles féminines, le mariage précoce et la violence domestique et sexuelle à l'encontre des femmes ; ■ Prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital, tels que la fistule génitale, le cancer du col de l'utérus, les complications des mutilations sexuelles féminines et les problèmes de santé reproductive associées à la ménopause.

D'après le Dossier « Santé Reproductive : Stratégie de la région Africaine 1998-2007 »
Organisation Mondiale de la Santé – Bureau Régional de l'Afrique – AFR/RC47/8

les taux de mortalité maternelle sont environ deux fois moindres qu'en milieu rural mais ils n'ont guère diminué : ils sont toujours entre 200 et 500/100 000 naissances vivantes, au même niveau qu'il y a dix ans [56, 114, 118]. Pourtant, la connaissance des causes et des déterminants de la mortalité maternelle a évolué de manière importante en dix années, permettant de mettre au point des stratégies efficaces. Or, très peu de pays africains ont mis en œuvre ces stratégies, ce qui a eu pour conséquence le maintien à un niveau très élevé de la mortalité maternelle. A notre connaissance, sur les 36 pays que compte la Région « Afrique » de l'OMS, seul en Afrique francophone, le Burkina Faso a récemment conçu un programme « Maternité sans Risque » au niveau national. En Afrique anglophone, 12 pays l'ont également établi. Il convient de se demander pourquoi le problème de la santé maternelle, pourtant identifié comme une priorité par tous les organismes des Nations Unies et leurs pays-

membres, semble susciter si peu d'intérêt quand il s'agit de mettre en œuvre des programmes, y compris auprès des acteurs principaux que sont les sages-femmes et les médecins gynéco-obstétriciens. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

1) *Le statut de la femme est, dans la plupart des pays ouest-africains, très médiocre.* La mortalité maternelle touche avant tout des femmes pauvres, analphabètes et donc impuissantes. Leur capacité de mobilisation est très faible, voire nulle. Elles ne peuvent pas ou n'osent pas se plaindre de la qualité des services. Les femmes appartenant à l'élite dirigeante se sentent peu concernées puisqu'elles ont accès à des soins de meilleure qualité sur place ou à l'étranger.

2) *La mortalité maternelle, outre les raisons ci-dessus, est un événement qui passe souvent inaperçu des services de santé.* Il s'agit d'un phénomène relativement rare par rapport aux autres causes de mortalité ;

le nombre de décès maternels est très inférieur au nombre de décès infanto-juvéniles par exemple (environ 10/1 000 en zone rurale *versus* 180/1 000) et est placé loin derrière les autres causes de mortalité de l'adulte ; la grande majorité des décès maternels survient à domicile en milieu rural et n'est pas connue des services de santé tandis qu'en milieu urbain ces décès se produisent essentiellement dans la ou les maternité(s) de référence et ne sont donc pas connus des autres maternités.

3) *Le nombre limité de spécialistes formés en gynéco-obstétrique est un frein majeur à la mise en œuvre de ces stratégies. Ces spécialistes, peu nombreux, sont très sollicités et peuvent exercer dans le secteur privé facilement pour un revenu beaucoup plus élevé que dans le secteur public. Comme le faisaient déjà remarquer en 1985 Allan Rosenfield et Deborah Maine, « Au lieu d'attirer l'attention sur le problème, faire du lobbying pour la promotion des programmes et le changement des priorités, la plupart des obstétriciens se concentrent sur des sub-spécialités qui mettent l'accent sur la technologie sophistiquée » [107]. Lors de la cérémonie d'ouverture du XV^e congrès de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (Copenhague, 1997), le Professeur Mahmoud Fhatalla, l'un des précurseurs de la lutte contre la mortalité maternelle, disait dans son discours d'ouverture qu'il « pouvait presque sentir les âmes nobles des milliers et milliers de jeunes femmes mortes en pleine jeunesse qui étaient probablement en train de nous prier, nous les obstétriciens du monde, de leur dire pourquoi nous les laissons mourir » [33].*

4) *Les bailleurs de fonds ont leur part de responsabilité : ils ne se sont pas ou peu impliqués dans ce combat.*

Bien qu'il soit très difficile de le chiffrer, très peu de fonds ont été mis à disposition de la lutte contre la mortalité maternelle. Les rares agences qui ont investi dans la santé reproductive ont engagé des sommes considérables dans des programmes d'espacement des naissances, le plus souvent avec des succès très modestes, sans rien consacrer aux activités pouvant réduire à court terme le nombre de décès maternels. De plus, le manque de coordination des bailleurs de fonds au niveau des pays a des effets catastrophiques, le nouveau concept de santé reproductive ayant aggravé, s'il en était besoin, la situation. Par son approche globalisante de la santé, il a mis en péril les rares efforts qui étaient faits pour mener des activités de « Maternité sans Risque » en déstabilisant les structures existantes.

5) Dans ce contexte, *la volonté politique* de résoudre le problème de la mortalité maternelle, seul moteur des actions de santé à un niveau national, *fait cruellement défaut* dans la plupart des pays ouest-africains. Sous la pression de certains bailleurs de fonds, la lutte contre la mortalité maternelle devient une priorité de nombreux gouvernements mais sans que cela ne se transforme, dans la plupart des cas, en actions concrètes.

Perspectives

La maternité n'est jamais sans risque même dans les pays industrialisés. C'est pourquoi les responsables africains préfèrent évoquer une *Maternité à moindre Risque*. L'objectif de réduire ce risque de 50 % d'ici l'an 2000 est une utopie à laquelle personne ne croit plus. Depuis le lancement de l'Initiative pour une Maternité sans Risque en 1987, peu d'actions ont été menées. La mortalité maternelle est, du fait, entre autres, du sta-

tut particulier des femmes, un problème de santé publique négligé.

Deux attitudes sont à rejeter :

— invoquer la fatalité, le poids des habitudes socio-culturelles, le manque de moyens ;

— penser qu'on peut passer rapidement d'une maternité à haut risque à une maternité à moindre risque.

Les efforts à consentir sont importants, tant en termes financiers qu'en termes de ressources humaines (mais la plupart des actions efficaces, tel le partogramme sont d'un coût de revient extraordinairement modeste). L'expérience de certains pays en développement, comme le Sri Lanka

ou l'état de Kérala (Inde), montre avec brio qu'une amélioration significative est possible malgré des ressources limitées. Elle nécessite non seulement l'engagement des pouvoirs publics, mais aussi de tous les partenaires, qu'il s'agisse de la société civile ou des bailleurs de fonds. Le succès ne pourra être atteint que par d'importants efforts d'information auprès des décideurs politiques, appuyés par la mobilisation des groupes de pression (associations féminines, coopératives villageoises, partis politiques et leurs élus, etc.) et de tous les partenaires concernés, travaillant ensemble pour atteindre le même objectif : éviter à ces centaines de milliers de jeunes femmes de mourir en donnant la vie.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement les D^{rs} Jacques Tassy et Philippe Renaudin pour avoir relu amicalement ce document avec autant de soins et apporter leurs commentaires pertinents, marqués de leur très grande expérience du terrain. Je remercie aussi vivement M^{me} Aïcha Mourad pour la réalisation des tableaux et figures.