

Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest

Une maternité à haut risque

Pregnancy and delivery in West Africa A high risk motherhood

A. Prual ⁽¹⁾

Résumé : Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 585 000 femmes décèdent chaque année dans le monde d'une cause liée à la grossesse ; 99 % d'entre elles sont issues des pays en voie de développement. En 1987, la première Conférence internationale sur la Maternité sans Risque sensibilisait la communauté internationale à ce drame. Depuis, la mortalité maternelle et ses causes médicales sont mieux connues. Le ratio de mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest est estimé à 1 020 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes alors qu'il est de 27/100 000 pour l'ensemble des pays industrialisés. Les causes obstétricales directes sont responsables de 80 % des décès : hémorragie, infection, dystocie, hypertension et avortements provoqués. Les décès de cause médicale indirecte sont dus essentiellement à l'anémie, au paludisme, à l'hépatite virale et au VIH. La morbidité maternelle grave est 6 à 10 fois plus fréquente et conduit non seulement à la mort mais au handicap dont certains aboutissent au rejet social de la femme. Pourtant, l'OMS estime que 95 % de ces décès et handicaps sont évitables, de plus à un coût modéré.

Summary : According to the World Health Organization, 585 000 women die each year from a pregnancy-related cause, 99% of whom are from developing countries. The first International Conference on Safe Motherhood in 1987 sensitized the world community to this drama. Eversince, maternal mortality and its medical causes are better known. The maternal mortality ratio is highest in West Africa (1 020 maternal deaths per 100 000 live borns) when it is 27/100 000 in industrialized countries. Direct obstetric causes account for 80% of the deaths : hemorrhage, infection, dystocia, hypertension and abortion. Indirect causes are essentially anemia, malaria, hepatitis C and AIDS. Severe maternal morbidity is 6 to 10 times more frequent than maternal mortality but it also leads to handicaps which end up often in women's social rejection. However, WHO estimates that 95% of these deaths and handicaps are avoidable, and at a low cost.

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

La Journée mondiale de la Santé du 7 avril 1998 était consacrée à la commémoration de la fin de la première décennie de « *l'Initiative pour une Maternité sans Risque* » inaugurée en 1987 par la première Conférence Internationale sur la Maternité Sans Risque (Nairobi). L'objectif de cette conférence patronnée conjointement par la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP) était de « *non seulement attirer l'attention sur la mortalité maternelle mais surtout d'inciter à une action immédiate et concertée au niveau national et international en vue de mettre un terme à cette tragédie* » [112]. Selon l'OMS, 585 000 femmes décèdent chaque année dans le monde d'une cause liée à la grossesse, l'accouchement ou le *post-partum*; 99 % de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement (PVD) [1, 2]. À ce drame individuel, s'ajoute le drame social : ces décès surviennent chez des femmes en âge de procréer qui, non seulement laissent derrière elles de nombreux orphelins et des familles brisées, mais représentent aussi une perte importante de capacité de travail et de productivité. Encore la mortalité maternelle ne reflète-t-elle qu'une partie du problème. On estime que 15 fois plus de femmes présentent des complications graves, dont certaines laisseront des séquelles ou des handicaps qui conduisent fréquemment au rejet social et familial de la femme (ex : fistules vésico et/ou recto-vaginales) [45, 78, 84, 86].

Jusqu'à cette conférence, la communauté internationale n'avait pas pris conscience du problème. La plupart des programmes de Santé Maternelle et Infantile, même lorsqu'ils ciblaient

les mères, avaient pour unique objectif la survie de l'enfant (exemple typique du carnet de suivi de la grossesse qui s'appelle dans la plupart des pays francophones d'Afrique subsaharienne « *Carnet de Santé de l'Enfant* »). Dans un article resté célèbre, A. Rosenfield et D. Maine demandaient où était le M dans S. M. I. [107]. Ils faisaient également la constatation que la plupart des publications scientifiques concernant les complications de la grossesse concernaient le devenir de l'enfant, très rarement celui de la mère. L'épidémiologie de la mortalité maternelle était très mal connue. Les taux de mortalité maternelle étaient basés sur des enquêtes hospitalières, souvent très limitées, alors qu'une grande partie de la population, surtout en milieu rural, n'avait pas accès aux services de santé. L'incidence des complications conduisant aux décès n'était pas étudiée. Les enquêtes sur le fonctionnement des services de santé maternelle et la qualité des soins étaient rares, voire inexistantes.

Une décennie après la Conférence de Nairobi, il convient de se demander si la santé maternelle s'est améliorée dans les P. V. D., notamment en Afrique de l'Ouest. Les objectifs de ces deux articles sont de :

- présenter une synthèse des connaissances sur la mortalité et la morbidité maternelles en Afrique de l'Ouest et donc d'évaluer si l'objectif fixé par la Conférence de Nairobi de réduire la mortalité maternelle de 50 % d'ici l'an 2000 est en voie de se réaliser.
- proposer une analyse de la situation.
- présenter les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre une réduction significative de la mortalité maternelle.

La mortalité maternelle

Définition et mesure

La mortalité maternelle est définie, selon l'OMS, comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit sa durée ou sa localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite* » [109]. Le ratio de mortalité maternelle a été, pendant très longtemps, sous-estimé, y compris dans un pays industrialisé comme la France [11, 12]. En effet, sa mesure est très difficile pour plusieurs raisons :

- cette définition englobe les avortements et les grossesses extra-utérines. Dans les P. V. D., où l'accès aux soins de qualité est difficile et où les capacités de diagnostic sont très limitées, le diagnostic de grossesse extra-utérine a toutes les chances de ne pas être fait. Les avortements provoqués, cause importante de décès maternels, ne peuvent être identifiés, les femmes ne se présentant pas dans les services de santé par risque d'être dénoncées à la police, l'avortement étant illégal, notamment en Afrique de l'Ouest. De plus, les femmes présentant des avortements spontanés, sans conséquence, ne se rendront pas systématiquement dans les services de santé, surtout dans les zones rurales.

- de nombreuses causes médicales (embolie pulmonaire ; troubles cardiaques, etc.) ne sont pas diagnostiquées. Si elles le sont et si elles sont notifiées, c'est le diagnostic médical qui est noté, sans que l'état de grossesse ne soit mentionné. Dans ces cas, les femmes sont le plus souvent hospitalisées dans les services médicaux et non dans des services obstétricaux, diminuant encore le risque de notification de la grossesse.

- dans la période du *post-partum*, le décès d'une femme risque de ne pas être mis en relation avec sa grossesse, d'autant plus que le délai aura été plus long entre l'accouchement et le décès.

- l'état civil étant inexistant ou très peu fonctionnel dans de nombreux P. V. D., les décès ne sont pas systématiquement enregistrés.

- dans de nombreux hôpitaux africains, le système de notification des pathologies et des décès est très déficient ;

- l'accès aux services de santé est souvent très limité, surtout en zone rurale. Une proportion importante de femmes accouchent à domicile ;

- des femmes enceintes peuvent décéder sans que leur grossesse soit connue ou déclarée, d'autant qu'en Afrique de l'Ouest, il est très rare qu'une femme déclare sa grossesse, y compris à son entourage, avant la fin du 3^e mois ;

- enfin, comparés aux décès infanto-juvéniles, les décès maternels sont des événements rares sur une courte période d'observation ; leur étude nécessite donc de très grands échantillons.

Les estimations de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest étaient basées, jusqu'à la conférence de Nairobi en 1987, sur des données hospitalières. La prise de conscience de la nécessité d'obtenir des données fiables pour évaluer l'importance du problème a suscité alors de nombreuses études. Certaines études ont combiné données hospitalières, enquêtes auprès des gardiens de cimetière, étude des registres d'état civil, enquêtes auprès des autorités religieuses, auprès des enfants des écoles et des chefs de communauté. Ensuite, une autopsie verbale était pratiquée auprès des membres de la

famille ou des personnels de santé pour savoir si le décès de la femme pouvait être considéré comme une mort maternelle (« *Reproductive Age Mortality Survey* », dites enquêtes RAMOS) [91, 110]. L'une des premières études à utiliser cette méthodologie en Afrique de l'Ouest fut menée en Guinée et permit, pour la première fois, d'obtenir des taux de décès maternels en population dans cette région [118]. L'application à la mortalité maternelle de méthodes d'estimation indirecte des indicateurs démographiques, notamment la méthode dite des sœurs, peu appliquée en Afrique de l'Ouest, a cependant permis d'obtenir des taux dans plusieurs pays [40, 121]. Mais, selon une étude récente au Sénégal, cette méthode tendrait à sous-estimer la mortalité maternelle d'environ 33 %, avec des biais d'autant plus importants que l'âge des enquêtés est plus jeune [38]. Récemment, l'enquête MOMA, enquête sur la morbidité maternelle grave en Afrique de l'Ouest, a permis d'obtenir des ratios de mortalité maternelle très fiables en milieu urbain grâce au suivi à domicile d'une cohorte de 20 326 femmes enceintes de 6 pays ouest africains [16].

Importance du problème

L'Afrique subsaharienne apparaît comme la partie du monde qui a les plus mauvais indicateurs de santé (tableau I). Mais le ratio de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) est l'indicateur de santé pour lequel la disparité entre P. V. D. et pays industrialisés est la plus grande. Le tableau II permet de comparer des données récentes entre quelques pays d'Afrique de l'Ouest et quelques pays industrialisés. En 1991, le ratio de mortalité maternelle était estimé à 700 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest contre 30/100 000 sur l'ensemble des pays industrialisés, soit 23 fois plus [1]. L'OMS et l'UNICEF ont récemment réévalué ces ratios, à partir d'une combinaison d'indicateurs, faisant passer l'estimation pour l'Afrique de l'Ouest, pour la même période, à 1 020/100 000 et pour les pays industrialisés à 27/100 000 soit 37 fois plus [93].

Le ratio de mortalité maternelle mesure le risque de décéder pour une grossesse donnée. Cela signifie qu'à chaque grossesse, une femme ouest-

Tableau I : Principaux indicateurs de santé de l'Afrique de l'Ouest (sélection de pays)

Région/Pays	Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)	Classement mondial selon le TMM5	Taux de mortalité infantile	% émaciation grave ou modérée	Insuffisance pondérale ‡ à la naissance	Nombre d'AVCI* pour 1000 habitants
Pays industrialisés	7/1 000	-	8/1 000	0 %	6 %	117
Afrique subsaharienne	170/1 000	-	104/1 000	8 %	16 %	575
Pays d'Afrique de l'Ouest :						
Bénin	140/1 000	31	84/1 000	-	-	-
Burkina Faso	158/1 000	23	82/1 000	13 %	21 %	-
Côte d'Ivoire	150/1 000	25	90/1 000	8 %	14 %	-
Mali	220/1 000	7	134/1 000	11 %	17 %	-
Mauritanie	183/1 000	15	124/1 000	7 %	11 %	-
Niger	320/1 000	1	191/1 000	16 %	15 %	-
Nigéria	204/1 000	14	114/1 000	9 %	16 %	-
Sénégal	127/1 000	36	74/1 000	7 %	11 %	-

Sources : (1) Banque mondiale Rapport sur le Développement dans le Monde 1993 : Investir dans la Santé. (2) UNICEF La situation des enfants dans le monde 1998.

* AVCI : année de vie corrigée du facteur invalidité.

Tableau II : Ratios comparés de mortalité maternelle

	Ratios de mortalité maternelle (estimation 1990 OMS/UNICEF)	Risque de mortalité maternelle durant la vie d'une femme
Régions :		
Pays industrialisés	27	-
Ensemble des PVD	480	-
Afrique de l'Ouest	1 020	-
Pays industrialisés :		
Belgique	10	1 sur 5 200
Canada	6	1 sur 7 700
Danemark	9	1 sur 5 800
France	15	1 sur 3 100
Royaume-Uni	9	1 sur 5 100
USA	12	1 sur 3 500
Pays d'Afrique de l'Ouest :		
Bénin	990	1 sur 12
Burkina Faso	930	1 sur 14
Côte d'Ivoire	810	1 sur 14
Gambie	1 100	1 sur 13
Ghana	740	1 sur 18
Guinée	1 600	1 sur 7
Mali	1 200	1 sur 10
Mauritanie	930	1 sur 16
Niger	1 200	1 sur 9
Nigeria	1 000	1 sur 13
Sénégal	1 200	1 sur 11

africaine a une chance sur 98 de décéder. Par comparaison, en France, ce risque est une chance sur 5 664. En fait, l'indicateur le plus pertinent, rarement calculé cependant, est le risque de décès maternel au cours d'une vie (« *lifetime risk of maternal death* »), qui dépend évidemment du nombre de grossesses par femme. Il est estimé à 1 pour 3 100 en France, 1 pour 3 500 aux USA, 1 pour 5 100 au Royaume-Uni mais de 1 pour 14 au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, 1 pour 11 au Sénégal et 1 pour 9 au Niger (tableau II). [93].

Évolution de la mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle actuel des pays d'Afrique de l'Ouest, en milieu rural, est le même que celui de la France rurale ou de la Suède au XVIII^e siècle [44, 54]. En 1920, il était encore de 800 pour 100 000 aux USA.

Dans les années 1930-1935, il était de 300 pour 100 000 en Suède et de 341 pour 100 000 en Angleterre et au Pays de Galles, taux voisins de ceux que l'on observe en milieu urbain en Afrique de l'Ouest en 1998 [54, 73]. Dans les pays industrialisés, la chute de la mortalité maternelle n'a commencé en fait, malgré les travaux de Semmelweis et de Holmes vers 1848 sur la prévention de la fièvre puerpérale (responsable alors de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), qu'à la fin du XIX^e siècle (amélioration de l'hygiène publique et rôle important des sages-femmes en France). Mais c'est à partir de 1935 environ que la mortalité maternelle a chuté grâce à l'arrivée des antibiotiques, à la mise au point de la transfusion sanguine, au traitement des troubles hypertensifs de la grossesse et à l'introduction de la technique de la césarienne segmentaire [1, 97, 125]. En Afrique subsaharienne, il est très difficile de connaître la tendance puisque très peu d'études ont été

menées et que celles qui l'ont été n'ont jamais utilisé la même méthodologie au même endroit à plusieurs années d'intervalle. À Abidjan (Côte d'Ivoire), le ratio de mortalité maternelle semble être resté stable sur les 4 dernières années, malgré l'ouverture de nouvelles maternités publiques [114]. La seule certitude est le taux extrêmement élevé de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest avec une nette différence cependant entre milieu rural où plusieurs enquêtes en population l'ont estimée à 1 000/100 000 et le milieu urbain, où les services de santé sont accessibles, où les taux en population ont été estimés par l'enquête MOMA de 148/100 000 (Intervalle de confiance à 95 % : 31-433) à Saint-Louis (Sénégal) à 428,2/100 000 (I. C à 95 % : 228-732) à Abidjan (Côte d'Ivoire) [16].

Causes médicales de la mortalité maternelle

1. - Classification des causes

Selon la Classification internationale des Maladies (CIM 9), les décès maternels sont classés en deux groupes [95] :

– les décès de cause obstétricale directe : « *ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus* » ; ce groupe se compose de maladies ou de complications se produisant uniquement durant la grossesse, telles que les avortements, les grossesses extra-utérines, l'hypertension gravidique, les hémorragies *ante et post-partum*, les accouchements dystociques et les infections puerpérales.

– les décès par cause obstétricale indirecte : « *ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse* » ; ce groupe se compose de maladies intercurrentes ou de maladies qui peuvent précéder la grossesse mais être aggravées par elle telles que les cardiopathies, l'anémie, l'hypertension essentielle, les hépatites, le sida ou encore les hémoglobinopathies.

La proportion de décès dus à chacune de ces causes peut varier sensiblement d'un pays à l'autre, en fonction du niveau de performance de son système sanitaire (accessibilité à des soins obstétricaux dits « essentiels », qualité des soins, etc.) et probablement en fonction de facteurs environnementaux ou génétiques. Les données fiables étant peu nombreuses et le nombre d'enquêtes en population étant très faible, il est difficile de comparer des pays ou des régions entre elles. Sur l'ensemble des PVD, l'OMS estime que les causes médicales directes sont responsables d'environ 80 % des décès maternels [1]. Les hémorragies (pertes de sang ≥ 500 ml), dont l'hémorragie du *post-partum* est la forme la plus fréquente, entraînent à elles seules 30 % des décès. En milieu hospitalier en Gambie, 24 % des décès étaient dus à une hémorragie [48]. Au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso) où le taux de mortalité maternelle est considérable (4 111 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), les hémorragies sont la première cause de décès [68]. À Brazzaville (Congo), une enquête associant données hospitalières et données administratives, a permis de montrer que les hémorragies étaient responsables de 40,55 %

des décès maternels [58]. L'infection puerpérale (« *puerperal sepsis* »), définie comme « *l'infection du tractus génital survenant à tout moment entre la rupture des membranes ou le début du travail et le 42^e jour du post-partum* », serait, d'après l'OMS, responsable d'environ 20 % des décès [1, 92]. Elle est le résultat soit de pratiques abortives, soit de pratiques néfastes (introduction dans le vagin de substances diverses sensées avoir des effets bénéfiques, telles que des feuilles, de la bouse ou autre), soit d'une rupture prématurée des membranes ou d'un travail prolongé mal pris en charge. Dans l'enquête récente réalisée à Brazzaville, la proportion de décès maternels par des infections puerpérales consécutives à des manœuvres abortives a été estimée à 18,85 % [58]. Au CHN de Ouagadougou, elles sont la deuxième cause de décès maternels (24,4 %) [68]. Dans l'enquête MOMA, l'infection puerpérale était la troisième cause de décès, au même niveau que l'éclampsie (11,9 %) [16]. Sa fréquence semble diminuer, probablement en raison de l'utilisation large et libre des antibiotiques. Elle est la cause pour laquelle il est probablement le plus facile d'obtenir une réduction rapide et importante de son incidence. La troisième cause, représentant 10-15 % des décès, est le groupe des troubles hypertensifs de la grossesse, dont l'éclampsie représente la complication la plus fréquemment létale. La proportion réelle des décès dus aux dystocias est difficile à établir. En effet, une dystocie, qui ne reçoit pas les soins appropriés peut se compliquer de rupture utérine, d'hémorragie puis de choc hypovolémique, d'infection puerpérale. Le décès sera le plus souvent classifié sous la cause finale du décès. Dans l'enquête MOMA, qui a permis d'obtenir des diagnostics précis, le groupe des dystocias (qui ne comprit que

des cas de rupture utérine) était la deuxième cause de décès [16]. La cinquième cause de décès, dont l'importance réelle est la plus difficile à mesurer, est représentée par les avortements. Dans la plupart des PVD, l'avortement provoqué étant illégal et souvent sévèrement réprimé, il est difficile d'en mesurer l'impact. En 1990, 25 % de la population mondiale vivait dans des pays où l'avortement n'était autorisé que si la vie de la femme était en danger et 35 % dans des pays où l'avortement était interdit [4]. En Éthiopie, où une enquête a été autorisée, ils représenteraient la première cause de décès maternel (29 %) [67]. C'est très probablement le cas dans de nombreux pays africains. L'OMS estime entre 100 000 et 200 000 le nombre de décès maternels par avortement provoqué dans le monde chaque année (dont 10 000 pour l'Afrique de l'Ouest), soit de 15 à 30 % des décès [1, 88].

Les causes indirectes, responsables d'environ 20 % des décès maternels dans les PVD, sont essentiellement l'anémie, le paludisme, l'hépatite virale et le sida. L'anémie, dont la cause principale est la carence en fer (50 % des cas), atteint de 50 à 70 % des femmes enceintes des PVD [52, 87]. L'anémie joue un rôle majeur dans les décès de cause indirecte mais aussi de cause directe. En effet, une femme atteinte d'anémie est plus sensible aux infections, est moins résistante à l'effort, notamment ceux que constituent le travail et l'accouchement. Une hémorragie aura plus de conséquences. Dans le *post-partum*, elle aura plus de difficultés à récupérer des fatigues et des pertes énergétiques et en micronutriments. Une étude en Malaisie a montré que le risque de décès d'une femme anémique était multiplié par 5 [72]. Une anémie, même modérée serait un facteur de risque d'accouchement pré-

maturé et d'hypertrophie placentaire [7, 103]. Malheureusement, les conséquences directes de l'anémie sur les complications obstétricales et sa part réelle dans la mortalité maternelle sont mal connues. La part du paludisme dans les décès maternels est encore plus mal connue, faute d'enquêtes et parce que les examens nécessaires au diagnostic ne sont pas pratiqués en routine quand une femme accouche, même si elle est fébrile. Il est probable que, dans les zones d'endémie ou en période d'épidémies, le paludisme contribue significativement aux décès maternels, non seulement par ses complications directes (paludisme cérébral) mais par ses conséquences indirectes (hémolyse et anémie) [10, 19, 23, 37, 75, 108]. Au Mozambique, sur 91 cas de comas chez des femmes enceintes, 6 (6,6 %) étaient des cas de paludisme cérébral [22]. Dans une étude menée au Zimbabwe, le paludisme était la principale cause indirecte de décès maternel (7,6 % des décès) [34]. Peu de données concernant le rôle des hépatites virales dans la mortalité maternelle existent. À Addis-Abeba (Éthiopie), elles représentent la première cause indirecte (33,3 %) et la deuxième cause sur l'ensemble des décès maternels (15,5 %) [66, 67, 119]. Dans une étude en Inde portant sur 5 273 accouchements, l'hépatite virale était responsable de 6,9 % des décès maternels [104]. Une étude cas-témoin menée en Tunisie a évalué que le risque de décès par hépatite chez une femme enceinte était 6,7 fois plus élevé que chez une femme non enceinte [65]. La part de l'infection au VIH est encore plus difficile à déterminer. Les données sont d'ailleurs rares et les études menées sur ce thème se polarisent sur le risque de transmission de la mère à l'enfant, négligeant l'impact de l'infection sur la grossesse et l'accouchement. L'enquête de

Brazzaville (1993-1994) a estimé à 4,2 % la proportion de décès maternels imputables au sida [58]. Dans l'enquête MOMA (1994-1996), une femme enceinte est décédée du sida (1,7 % des décès maternels), et une autre d'une pneumopathie associée à un sida [16]. Au Rwanda, la probabilité d'hémorragie du *post-partum* était significativement augmentée chez les femmes séropositives au VIH [70]. Le sida risque de jouer (et joue peut-être déjà) un rôle majeur dans les décès maternels en Afrique. Dans certains pays africains, la mortalité des adultes (15-60 ans) a plus que doublé entre les années 80-90, du fait de l'infection au VIH et ce trait continue de s'accroître sur tout le continent [82]. Des enquêtes en Afrique orientale ont montré que, lorsque 4 % des adultes sont infectés, 35 % des morts d'adultes sont imputables à l'infection. Lorsque la séroprévalence atteint 20 %, 75 % des morts d'adultes lui sont imputables [82]. Dans certaines communautés, l'espérance de vie à la naissance a diminué de 16 ans en une décennie. Or, en Afrique de l'Ouest, les estimations de séroprévalence sont extrêmement préoccupantes. La séroprévalence dans la population générale des adultes varie de 0,52 % en République islamique de Mauritanie où les données disponibles sont rares, limitées et anciennes à un chiffre voisin de 2 % dans plusieurs pays (1,67 % au Mali et 1,77 % au Sénégal voisins ; 2,09 % en Guinée ; 2,34 % en Gambie) mais 7,17 % au Burkina Faso et 10,06 % en Côte d'Ivoire [82].

La comparaison des causes de décès maternels entre PVD et pays industrialisés est intéressante. En France comme dans les PVD, la première cause de décès maternels est le groupe des hémorragies et la troisième cause les complications de l'hypertension. Les décès dus aux

avortements provoqués n'existent plus en France alors qu'ils sont une cause majeure dans les PVD. En France, les maladies thrombo-emboliques sont la deuxième cause de décès maternel alors qu'elles ne sont pas retrouvées dans les études sur les PVD. Ceci peut s'expliquer par une incidence réellement très faible de ces pathologies dans les PVD et/ou l'absence d'un diagnostic précis, ces pathologies étant souvent difficiles à identifier sans moyen d'investigation [43]. La population urbaine des PVD est en phase de transition épidémiologique (changements dans les paramètres populationnels et dans les caractéristiques des maladies et de la santé qui se produisent sur de longues périodes) : la prédominance des pathologies infectieuses et de la sous-nutrition diminue petit à petit, au profit d'une augmentation des pathologies de surcharge et des pathologies dégénératives [48, 80, 81]. Il est donc fort probable que ce groupe de pathologies jouera un rôle de plus en plus important dans un avenir proche, s'il n'en joue pas déjà un en milieu urbain. D'ailleurs, dans l'enquête MOMA, dont 93 % de l'échantillon vivait en milieu urbain, trois femmes sont décédées de maladies thrombo-emboliques (6,8 % des décès) et une de cardiopathie (1,7 %). Dans une étude longitudinale en population au Bangladesh, pourtant en zone rurale, les maladies cardiovasculaires représentaient 8,6 % des causes de décès maternels, devant les hémorragies du *post-partum* [64]. Dans les autres enquêtes, ces groupes de causes ne sont jamais ou très rarement mentionnés.

La morbidité maternelle

L'intérêt récent pour la santé maternelle a suscité de nombreuses études sur la mortalité maternelle, non seule-

ment pour mesurer sa fréquence mais pour évaluer la part respective de ses différentes causes. Néanmoins, la revue ci-dessus montre que de nombreuses lacunes persistent quant à la connaissance de la part réelle de chaque cause et de leurs effets surajoutés. Les données concernant la morbidité maternelle, c'est-à-dire les causes médicales de ces décès sont encore plus limitées. L'étude de la morbidité maternelle est difficile pour plusieurs raisons. Malgré les efforts de définition et de classification de l'OMS, de nombreux problèmes persistent et les chercheurs n'utilisent pas toujours les mêmes définitions, cas particulièrement frappant pour l'étude de l'hypertension gravidique [71, 85]. De plus, elle inclut des pathologies souvent difficiles à identifier dans les PVD. La définition de la morbidité obstétricale est par ailleurs très liée aux systèmes de santé. En effet, elle est définie comme « *une morbidité chez une femme qui est ou a été enceinte (NDA : $post-partum \leq 42$ j.), quels que soient la durée et le site de la grossesse, de toute cause en relation avec, ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais pas de cause accidentelle ou incidente* » [85].

Ce n'est que très récemment que plusieurs équipes ont commencé à étudier l'épidémiologie de la morbidité obstétricale, bien que le problème du manque de connaissance sur ce sujet ait été soulevé depuis une dizaine d'années [55, 71, 85]. Or, ces données sont essentielles pour :

- évaluer les besoins en termes de demande de soins obstétricaux essentiels ;
- mesurer les taux de létalité et orienter les actions vers les pathologies prioritaires en tenant compte de la faisabilité de ces actions et de leur coût-efficacité ;

– mesurer l'impact des programmes de « *Maternité sans Risque* ».

Il est en effet établi maintenant que la mortalité maternelle, qui est un événement difficile à mesurer en pratique et qui demande une étude sur une longue période, est un indicateur peu utilisable dans le suivi des programmes [41, 42]. Jusqu'à une date très récente, une seule étude avait étudié la morbidité maternelle en population. Elle concernait une très petite population, en zone rurale en Inde et ne faisait pas la différence entre morbidité sévère et maladies intercurrentes de la grossesse [25]. Néanmoins, pendant près de 15 ans, le rapport qu'elle avait permis de calculer de 16,5 complications pour un décès maternel a été le seul disponible. Les travaux récents se concentrent surtout sur la morbidité obstétricale directe, responsable de 80 % des décès, dont la définition est : « *la morbidité obstétricale directe résulte de complications spécifiques à l'état de grossesse (grossesse, accouchement et post-partum), d'interventions, d'omissions, de traitements inadéquats, ou d'une série d'événements résultant des situations ci-dessus* » [85]. Les enquêtes menées dans les PVD utilisent toutes maintenant les concepts voisins de « morbidité sévère », de « pathologie à haut risque de décès » (*life-threatening conditions*) ou de « échappée belle » (*near-miss*) [16, 36, 101, 113]. L'enquête MOMA, seule enquête longitudinale en population portant sur l'épidémiologie de la morbidité maternelle sévère, a permis de calculer l'incidence des complications maternelles sévères de cause obstétricale, en Afrique de l'Ouest, à 5,95 pour 100 accouchements [16]. Ce taux est voisin des taux estimés avec d'autres méthodologies mais utilisant le même concept : 6,45 pour 100 naissances

vivantes au Niger, 8 pour 100 accouchements au Bénin, 8 pour 100 accouchements en Inde mais 3,7 pour 100 accouchements au Burkina Faso [8, 36, 101, 126]. Ces données permettent maintenant d'estimer avec précision le nombre de cas attendus, globalement et par pathologie, d'évaluer la proportion de cas de complications sévères référés vers les services obstétricaux de référence en les comparant aux statistiques hospitalières, et de planifier l'offre de soins en fonction de la demande. Les taux de létalité disponibles sont limités aux statistiques hospitalières. Les études en population sus-citées ont permis de calculer le rapport entre nombre de complications sévères en population et nombre de décès : 11 complications obstétricales sévères pour 1 décès maternel au Niger (population urbaine), 11,7 au Bénin (milieu urbain), 12,9 au Burkina Faso (population rurale), 29,6 sur l'ensemble des 6 pays de l'enquête MOMA [16, 36, 101, 126]. Ces données permettent donc d'évaluer le taux de létalité globale des complications obstétricales sévères qui se situerait, en Afrique de l'Ouest (et en milieu urbain) entre 3,4 % et 9 %. Ces taux, très élevés, varient évidemment en fonction de la pathologie, de l'accessibilité à des soins obstétricaux essentiels et de la qualité des prestations obstétricales. En milieu urbain, surtout dans les capitales d'état où la plupart de ces enquêtes ont eu lieu, la concentration des services et des personnels de santé est importante, l'accessibilité géographique aux soins pose peu de problèmes bien que le milieu urbain ne soit pas lui-même homogène notamment en termes de niveaux socio-économiques de ses populations et en termes d'accessibilité géographique (par exemple, il peut être difficile de trouver un véhicule, surtout la nuit, pour une évacuation) [47].

Ces chiffres mettent donc très directement en cause la qualité des soins aux femmes enceintes.

Le risque zéro n'existe pas en médecine. Une maternité sans risque est donc une utopie mais, en Afrique de l'Ouest, la maternité est à haut

risque puisqu'une femme ouest-africaine a environ 50 fois plus de chances de décéder d'une complication liée à la grossesse qu'une femme d'un pays industrialisé. Seule une analyse détaillée des causes de cette situation peut permettre de trouver des solutions à ce drame négligé.

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.