

## EDITORIAL

# Attaining MDG 5 in northern Nigeria: Need to focus on skilled birth attendance

*Ezeanochie MC, Olagbuji BN, Agholor KN, Okonofua FE\**

The Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Benin and University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria.

**\*For Correspondence:** Okonofua FE. *E-mail:* feokonofua@yahoo.co.uk.

Nigeria's maternal mortality ratio remains at an unacceptably high level and is considered to be one of the highest in the developing world<sup>1</sup>. The most recent Nigerian National Demographic and Health survey (NDHS)<sup>2</sup> reported maternal mortality ratio to be 545 / 100,000 live births. The data showed wide regional disparity in maternal mortality ratios between the different geopolitical zones of the country<sup>2</sup>. The report showed that average maternal mortality ratio in northern Nigeria was 2420 (range:1060 - 4477) per 100,000 live births<sup>4,5,6,7</sup>, while similar data in the southern parts of the country were considerably lower - between 454 and 772/100,000 live births<sup>8,9</sup>. There is increasing evidence that this difference in maternal mortality between the northern and southern parts of the country may be due to disparity in the accessibility and utilisation of health services, especially differences in the availability of skilled birth attendants between the regions.

The WHO defines a skilled birth attendant (SBA) "as an accredited health professional- such as a midwife, doctor or nurse- who has been educated and trained to proficiency in the skills needed to manage uncomplicated pregnancies, childbirth and the immediate post natal period and in the identification, management and referral of complications in women or newborns"<sup>10</sup>. The availability of SBAs at delivery was one of the key indicators identified for monitoring progress towards attainment of MDG 5. To en-

sure skilled attendants at birth for all women, the international community set a target of 80% by 2005, 85% by 2010 and 90% coverage by 2015. To date, whilst developed countries have attained near universal coverage (>99%) of SBAs, just slightly over 50% of all births in developing countries take place under the supervision of a SBA<sup>11</sup>. In Nigeria, the 2008 NDHS reports an overall coverage of 39% for SBAs at delivery. Again, the data showed remarkable regional differences in this indicator within the country. While 81.8% and 76.5% of births were attended by SBAs in the southeast and southwest regions respectively, only 15.5% in the northeast and 9.8% in the northwest regions of the country were attended by skilled providers<sup>2</sup>.

Available data indicate that the regions of the world with dramatic gains in the proportion of deliveries attended by SBAs since the millennium declaration recorded more reductions in maternal mortality ratios<sup>12,13</sup>. Specifically, a 50% reduction in the maternal mortality ratio was observed in Egypt following the doubling of the proportion of deliveries attended by skilled attendants<sup>12</sup>. In comparison, Nigeria with no substantial increase in the number of deliveries attended by SBAs over the same period, did not record any remarkable change in the high maternal mortality ratio. This lack of access to SBAs, especially in northern Nigeria are due to various socio-economic and cultural factors, including low educational level, young maternal age, igno-

## *Attaining MDG 5 in northern Nigeria: focus on skilled birth attendance*

rance, rural residence and high rate of poverty. These reasons are further buttressed by data from the NDHS which reports that the proportion of women with no formal education in the southeast and southwest geopolitical zones were 6.3% and 6.0% respectively, compared to 68.1% and 74.3% of women in the northeast and northwest regions<sup>2</sup>. The data also showed that only 8% of women from the poorest 20% of families deliver in a healthcare facility compared to 86% of women from the richest 20% of families. This is the largest equity gap on the continent, and possibly in the world, and provides further evidence that inadequate means of livelihood and poverty are critical factors associated with poor utilization of evidence-based maternal and child health services in Nigeria. Consequently any program designed to improve women's access to skilled attendants at birth must address these barriers if such programs are to achieve their intended objectives.

This edition of the *African Journal of Reproductive Health (AJRH)* features three original articles that report the low utilisation of SBAs in Northern Nigeria and the challenges this poses for progress in achieving MDG 5 in the region. The first article was a population-based study random survey of 6,809 women in northern Nigeria, which showed a high rate of utilisation of unskilled birth attendants<sup>14</sup>. In particular, the data showed that unskilled birth attendants were more likely to deliver low quality maternity care as compared to skilled health workers. This corroborates the findings from the 2008 NDHS, and suggests that if the trend continues attaining the MDG 5 in northern Nigeria would be a nightmare. The second paper by Dalyop et al<sup>15</sup> also demonstrates similar results of high use of unskilled birth attendants in north-central Nigeria, and its negative effects on maternal health. The third paper reports the results of a study that identify poor referral practices by traditional birth attendants in

north-central Nigeria, and its negative consequences for maternal health indicators<sup>16</sup>.

Clearly, there is a need to focus on promoting increased access to skilled birth attendance as a principal strategy for achieving a reduction in maternal mortality in northern Nigeria. Hopefully, the 'Midwives Service Scheme' (MSS) recently launched by the Federal Ministry of Health to increase skilled attendance at birth, will likely achieve some beneficial effects in reducing maternal mortality in states with low percentage of skilled birth attendance<sup>13</sup>. The scheme seeks to mobilise midwives, especially newly qualified midwives, to health facilities in rural communities to undertake a one year community service. The MSS is therefore set to address the human resource need for skilled attendance at the primary level of care as the majority of Nigeria's obstetric population reside in the rural area<sup>17</sup>.

While the presence of a health worker with midwifery skills at every birth is one of the most important interventions for attaining safe motherhood, there is the additional need to address major operational challenges in the delivery of maternal health care. These include the recruitment, mobilisation and distribution of adequate numbers of midwives to all parts of the country, ensuring equitable distribution to communities where they are most needed, addressing the issues of morale and motivation while providing an enabling environment with availability of essential supplies and equipment. Also, there is the need to back up the program with expanded emergency obstetric care facilities, including the provision of effective transportation, an organized referral system, and link up of the participating health centres to secondary health care centres that have facilities for operative delivery. Additionally, community involvement and participation as key stakeholders is essential to the initiation and sustenance of an effective partnership needed for the attainment of the specific objectives of the policy. For example, in Thailand, some of

## Attaining MDG 5 in northern Nigeria: focus on skilled birth attendance

these barriers were circumvented through the use of home town deployments of midwives, general development of rural areas and career development incentives<sup>18,19</sup>.

In conclusion, a substantial number of women in northern Nigeria still patronise unskilled birth attendants. Ensuring large scale access to SBAs during pregnancy and delivery is crucial in accelerating progress towards the attainment of MDG 5, as available evidence has shown that when the number of midwives increases, the number of women who die decreases. While MSS is a step in the right direction, what is required to achieve the program objectives is to ensure adequate coverage, provision of an enabling environment with proper supervision and appropriate motivation, community participation and above all the political will to ensure sustainability and continuity of the program.

### REFERENCES

1. Harrison KH. The Struggle to Reduce High Maternal Mortality in Nigeria. *Afr. J. Reprod. Health*. 2009; 13(3):9-20.
2. National Population Commission (NPC) [Nigeria] and ICF Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Abuja, Nigeria: National Population Commission and ICF Macro. 2009.
3. Tukur J, Jido TA, Awolaja BS. Maternal mortality in rural northern Nigeria. *Trop Doct*. 2008; 38(1):35-6.
4. Ujah IA, Aisien OA, Mutihir JT, Vanderjagt DJ, Glew RH, Uguru VE. Factors contributing to maternal mortality in north-central Nigeria: a seventeen year review. *Afr J Reprod Health*. 2005; 9(3):27-40.
5. Ochejele S, Enegele J, Heywood A. Assessment of quality of emergency obstetrics care at the Federal Medical Centre, Makurdi, Nigeria. *Trop. J. Obstet. Gynaecol*. 2004; 21:160-3.
6. Yusuf MA, Hamisu MS, Nalini SK, Greg RA. Maternal mortality in Northern Nigeria: A population based study. *Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol*. 2003; 109:153-7.
7. Yusuf MA. Pattern of maternal morbidity and mortality in Kano state: A geographical analysis. *J Soc Mgt Science*. 9 (special edition) 2005; 196-21.
8. Onakewhor JU, Gharoro EP: Changing trends in maternal mortality in a developing country. *Nig. J. Clin. Pract*. 2008; 11(2):111-20.
9. Onah HE, Okaro JM, Umeh U, Chigbu CO. Maternal mortality in health institutions with emergency obstetric care facilities in Enugu State. *Nig. J Obstet Gynaecol*. 2005; 25(6):569-74.
10. UNFPA. *Consensus and concerns. Regional Workshop on Skilled Birth Attendants in South and West Asia*. Pakistan; UNFPA country Office; 2004; 3.
11. Stanton C, Blanc A, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: Progress to date and strategies for expanding coverage. *J. Biosoc. Sci*. 2007; 39:109-120.
12. The world health report 2005 – Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/en>, accessed 14 August 2008).
13. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2006. United Nations Department of Economic and Social Affairs, DESA. 2006.
14. Doctor HV, Dahiru T. Utilization of non-skilled birth attendants in northern Nigeria: A rough terrain to the health-related MDGs. *Afr. J. Rep. Health*, 2010, p. 14
15. Nyango DD, Mutihir JT, Laabes EP, Kigbu JH, Buba M. Skilled attendance: the key to progress in achieving MDG-5 in north central Nigeria *Afr. J. Rep. Health*, 2010, p. 14.
16. Abodunrin OL, Akande TM, Musa IO, Aderibigbe SA. Determinants of referral practices of clients by traditional birth attendants in Ilorin, north central Nigeria. *Afr. J. Rep. Health*, 2010, 14: p
17. Population Reference Bureau. 2001 World Population Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau 2001. [http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other\\_reports/2000-2002/sheet4.html](http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/sheet4.html)
18. MoH Malawi Human Resources in the Health Sector: Towards a Solution, Lilongwe: Ministry of Health; 2004.
19. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum. Res. Health*. 2002 1:12. <http://www.hu-manresourceshealth.com/content/1/1/12>.

## EDITORIAL

# Réalisation des objectifs du millénaire -5(ODM-5) au nord du Nigéria: La nécessité de concentrer sur l'accouchement assisté par les accoucheurs qualifiés

*Ezeanochie MC, Olagbuji BN, Agholor KN, Okonofua FE*

Département d'Obstétrique et de Gynécologie, Université de Benin, Benin – City, Nigéria.

Le rapport de la mortalité maternelle du Nigéria reste à un niveau élevé inadmissible et elle est considérée comme étant une de plus élevées dans les pays en voie de développement<sup>1</sup>. L'Enquête Nationale Nigériane sur la Démographie et la Santé (ENNDS)<sup>2</sup> a signalé un rapport de la mortalité maternelle comme étant dans le rapport de 545/100.000 naissances vivantes. Les données ont montré une grande disparité dans les rapports de la mortalité maternelle entre les zones géopolitiques différentes du pays<sup>2</sup>. Le rapport a montré que la proportion de la mortalité maternelle moyenne au nord du Nigéria était 2420 (variations: 1960 – 4477) contre 100.000 naissances vivantes<sup>4, 5, 6, 7</sup> alors que des données pareilles au sud du pays étaient considérablement moins élevées – entre 454 et 772/100,000 naissances vivantes<sup>8,9</sup>. Il y a de plus en plus d'évidences qui tendent à prouver que cette différence dans la mortalité maternelle entre le nord et le sud du pays est peut-être à cause de la disparité dans l'accessibilité et l'utilisation des services médicaux, surtout les différences par rapport à la disponibilité des accoucheurs qualifiés entre les régions.

L'OMS définit un accoucheur qualifié (AQ) comme "un professionnel de la santé agréé – tels une sage-femme, un médecin ou une infirmière qui a été instruit et formé pour avoir la compétence nécessaire pour la prise en charge des grossesses compliquées, l'accouchement sitôt après la période post-natale ainsi que dans

l'identification et dans le traitement et l'orientation des complications chez les femmes et les nouveaux-nés"<sup>10</sup>. La disponibilité pendant l'accouchement étaient un des indices identifiés pour surveiller le progrès envers la réalisation des ODM-5. A fin d'assurer la présence des accoucheurs qualifiés pour chaque femme pendant l'accouchement, la communauté internationale a fixé comme objectifs de couverture 80% en 2005, 85% en 2010 et 90% en 2015, Jusqu'aujourd'hui, alors que les pays avancés ont atteint une couverture presque universelle (>99%) des AQs, juste un peu plus de 50% de toute les naissances dans les pays en voie de développement ont lieu sous la surveillance d'un AQ<sup>11</sup>. Au Nigéria, L'ENNDS de l'année 2008 signale une couverture totale de 39% pour les AQs pendant l'accouchement. Encore, les données ont montré les différences régionales remarquables dans cet indicateur au sein du pays. Alors que 81,8% et 76,5% des accouchements ont été soignés par les AQs dans les régions du sud-est et du sud-ouest respectivement, seuls 15,5% au nord-est et 9,8% dans les régions du nord-ouest du pays ont été soignés par les dispensateurs qualifiés<sup>2</sup>.

Les données dont on dispose montrent que les régions du monde qui ont des bénéfices dramatiques dans la proportion des accouchements auxquels les AQs ont assisté depuis que la déclaration du millénaire a enregistré plus de réduction

## *Attaining MDG 5 in northern Nigeria: focus on skilled birth attendance*

dans le rapport de la mortalité maternelle<sup>12,13</sup>. Spécifiquement, on a noté une réduction de 50% dans le rapport de la mortalité maternelle en Egypte, suite au redoublement de la proportion des accouchements qui ont bénéficié des services des accoucheurs compétents<sup>12</sup>. Par comparaison, le Nigéria qui ne connaît d'accroissement remarquable dans le nombre d'accouchements auxquels les AQs ont assisté au cours de la même période, n'a marqué aucune modification à l'égard du rapport de la mortalité maternelle élevée. Ce manque d'accès au service de l'AQ surtout au nord du Nigéria, est dû aux plusieurs facteurs socio-économiques y compris le bas niveau d'instruction, le jeune âge maternel, l'ignorance, le domicile rural et le taux élevé de la pauvreté. Ces raisons sont appuyées davantage par les données collectées de l'ENNDS qui signalent que la proportion des femmes qui n'ont pas reçu une instruction formelle dans les zones politiques du sud-est et du sud-ouest était de 6,39% et 6,0% respectivement, par rapport à 68,1% et 74,3% des femmes dans les régions du nord-est et nord-ouest<sup>2</sup>. Les données ont également montré seules 8% des femmes qui viennent de 20% des familles les plus pauvres accouchent dans les établissements de santé par rapport à 86% qui viennent de 20% des familles les plus riches. Ceci constitue le plus grand manque sur le continent et peut-être dans le monde et fournit davantage l'évidence qu'un moyen de subsistance inadéquat et la pauvreté sont des facteurs liés à la faible utilisation des services de la santé maternelle et de l'enfant basés sur l'évidence, au Nigéria. En conséquence, tout programme conçu pour améliorer l'accès aux accoucheurs qualifiés doit aborder ces obstacles si un tel programme doit accomplir ses objectifs.

Ce numéro de la *Revue africaine de la santé de la reproduction (RASR)* contient trois articles originaux qui signalent la faible utilisation de l'AQ au nord du Nigéria et les

défis posés au progrès à l'égard de la réalisation des ODM-5 dans la région. Le premier article était une enquête au hasard d'une étude basée sur une population des 6809 femmes au nord du Nigéria, qui a montré un taux élevé de l'utilisation des accoucheurs non qualifiés<sup>14</sup>. Surtout, les données ont montré que les accoucheurs non qualifiés avaient plus la possibilité de rendre les de maternité d'une qualité inférieure par rapport au personnel de santé qualifié. Ceci confirme les résultats de l'ENNDS de 2008 et indique que si la tendance continue, la réalisation des ODM-5 au nord du Nigéria serait un cauchemare. Le deuxième article, par Dalyop et al<sup>15</sup>, démontre aussi des résultats pareils d'une grande utilisation des accoucheurs non qualifiés au nord central du Nigéria et ses effets négatifs sur la santé maternelle. Le troisième article signale les résultats d'une étude qui identifie les mauvaises pratiques d'orientation des patientes vers les spécialistes par les accoucheurs traditionnels au nord central du Nigéria et ses conséquences négatives sur les indicateurs de la santé maternelle<sup>16</sup>.

Il y a évidemment la nécessité de concentrer sur la promotion de l'accès accru aux services des accoucheurs qualifiés comme une stratégie principale pour la réalisation d'une réduction dans la mortalité maternelle au nord du Nigéria. Avec un peu de chance, le "Midwives Service Scheme" (MSS) qui a été lancé récemment par le Ministère Fédéral de la santé accomplira probablement quelques effets bénéfiques dans la réduction de la mortalité maternelle dans les états qui ont un pourcentage inférieur de l'assistance à l'accouchement par des accoucheurs qualifiés<sup>13</sup>. Le projet cherche à mobiliser les infirmières, surtout les infirmières nouvellement qualifiées, aux établissements de santé dans les communautés rurales pour y rendre une année de service d'intérêt général. Le MSS est donc prêt à aborder le besoin des

ressources humaines pour l'assistance des accoucheurs qualifiés au niveau du soin primaire puisque la majorité de la population obstétrique nigérienne réside dans les milieux ruraux<sup>17</sup>. Alors que la présence du personnel médical qui a la compétence en matière obstétrique au cours de tout accouchement constitue une des interventions importantes pour la réalisation de la maternité sans danger, il y a encore la nécessité d'aborder les défis opérationnels majeurs dans la prestation des soins de la santé maternelle. Ceux-ci comprennent le recrutement, la mobilisation et la distribution de nombres adéquats des sages-femmes partout dans le pays, tout en assurant une distribution équitable aux communautés dans lesquelles on a beaucoup besoin de leur service pour aborder les problèmes du moral et de la motivation et en créant un environnement favorable qui dispose des matériels et des équipements essentiels. IL y a également la nécessité de soutenir le programme avec des établissements de soins obstétricaux d'urgence élargis, y compris l'assurance du transport, d'un système d'orientation des patientes organisé et une liaison des centres de services médicaux aux centres médicaux secondaires qui disposent des facilités pour l'accouchement opératoire. De plus, l'implication et la participation de la communauté en tant que des intéressés clés sont nécessaires pour l'initiation et la soutenance d'un partenariat efficace nécessaire pour réaliser les objectifs spécifiques de la politique. Par exemple, en Thaïlande, certains de ces obstacles ont été tournés par la manière de deployment des sages-femmes vers leurs villes natales, le développement général des régions rurales et les motivations pour l'avancement de la carrière<sup>18,19</sup>.

En conclusion, bon nombre des femmes au nord du Nigéria fréquentent encore les accoucheurs non qualifiés. L'assurance d'une grande échelle d'accès aux AQs

pendant l'accouchement est cruciale pour l'accélération du progrès envers la réalisation des ODM-5; comme l'évidence dont on dispose l'a montré, quand le nombre de sages-femmes augmente, le nombre des femmes qui meurent baisse. Alors que le MSS est un pas dans la bonne direction, ce dont il faut pour accomplir les objectifs est d'assurer une couverture adéquate, un environnement favorable avec une bonne surveillance et une motivation appropriée, une participation de la communauté et surtout la volonté politique pour assurer la durabilité et la continuité du programme.

## REFERENCES

1. Harrison KH. La lutte pour réduire le taux élevé de la mortalité maternelle au Nigéria, *Afr. J. Reprod. Health*. 2009; 13(3): 9-20.
2. National Population Commission (NPC) [Nigeria] and ICF Macro. L'Enquête Nigérienne sur la Démographie et la Santé 2008. Abuja , Nigéria: National Population Commission and ICF Macro 2009.
3. Tukur J, Jido TA, Awolaja BS. Mortalité maternelle dans le nord rural du Nigéria. *Trop Doct*. 2008; 38(1): 35-6.
4. Ujah IA, Aisien OA, Mutahir JT, Vanderjagt DJ, Glew RH, Uguru VE. Facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle au nord- central du Nigéria: compte- rendu pour la dix-septième année. *Afr.J. Reprod.Health* 2005; 9(3): 27-40.
5. Ochejele S, Enegala J, HeywoodA . Evaluation de la qualité des soins obstétricaux d'urgence à Federal Medical Centre, Makurdi, Nigéria. *Trop. J. Obstet. Gynaecol*. 2004; 21:160-3.
6. Yusuf MA, Hamisu MS, Nalini SK , Greg RA. Mortalité maternelle au nord du Nigéria: Etude basée sur la population. *Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol*. 2003;109:153-7.
7. Yusuf MA. Modèle de la mortalité et la morbidité maternelles dans l'état de Kano : Une analyse géographique. *J. Soc. Mgt. Science*. 9 (Edition spéciale) 2005:196-21.
8. Onakewhor JU, Gharoro EP. Tendances nouvelles dans la mortalité maternelle dans un pays en voie de développement. *Nig. J. Clin. Pract*. 2008; 11(2):111-20.
9. Onah HE, Okaro JM, Umeh U, Chigbu CO. Mortalité maternelle dans les institutions ayant des facilités pour des soins obstétricaux d'urgence dans l'état d'Enugu. *Nig. J. Obstet Gynaecol*. 2005; 25(6):569-74.

## *Attaining MDG 5 in northern Nigeria: focus on skilled birth attendance*

10. UNFPA. Consensus et inquiétude. Atelier régional sur les Accoucheurs qualifiés en Asie du sud de l'ouest. Pakistan ; UNFPA Country Office; 2004;3.
11. Stanton C, Blanc A, Croft T, Choi Y. Les soins rendus par les accoucheurs qualifiés pendant l'accouchement dans les pays en voie de développement : Le progrès jusqu'aujourd'hui et les stratégies pour élargir la couverture. *J. Biosoc. Sci.* 2007, 39: 109-120.
12. The World Health Report. Que chaque femme et chaque enfant comptent. Geneva , World Health Organisation 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/enjour> d'accès= le 14 août 2008).
13. United Nations. Le rapport des objectifs du millénaire 2006. United Nations Department of Economic and Social Affairs, DESA. 2006.
14. Doctor HV, Dahiru T, Utilisation du personnel non qualifié pour dispenser les soins obstétricaux au nord du Nigéria; un terrain difficile aux ODMs liés à la santé. *Afr. J. Rep. Health* 2010. p.14.
15. Nyango DD, Mutahir JT, Laabes EP, KigbuJH, Buba M. Assistance du personnel qualifié: la clé pour le progrès dans la réalisation des ODM-5 au nord central du Nigéria. *Afr. J. Rep. Health.* 2010, 14p.
16. Abodunrin OL, Akande. TM, Musa IO, Aderibigbe SA. Déterminants des pratiques d'orientation des patientes par les accoucheuses traditionnelles à Ilorin au nord central du Nigéria. *Afr J.Rep. Health,* 2010, 14; p.
17. Population Reference Bureau. Rapport des données sur la population mondiale 2001. Washington , DC: Population Reference Bureau 2001. [http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/other\\_reports/2000-2002/Sheet4.html](http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/other_reports/2000-2002/Sheet4.html)
18. MoH. Ressources humaines malawiennes dans le secteur de la santé: Vers une solution. Lilongwe : Ministry of Health; 2004.
19. Wilbulpolprasert S, Pengpaibon P. Stratégies intégrées pour aborder le problème de la distribution inéquitable des médecins en Thaïlande: quatre décennies d'expérience. *Hum. Res. Health.* 2002, 1:12. <http://www.humanresourceshealth.com/content/1/1/12>