

ETIOLOGIE DES HEMORRAGIES OBSTETRIQUES ASSOCIEES AUX DECES MATERNELS DANS UNE COMMUNE SEMI-URBAINE DE BAMAKO/MALI : CAS DU DISTRICT SANITAIRE DE LA COMMUNE V (A PROPOS DE 63 CAS)

O. TRAORE SOUMANA, A. BOCOUM, A. SAMAKE, S. DOUMBIA, S. FANE, T. DIAKITE NOUHOUM,
I. KANTE, M. SIMA, S. TALL, M. TRAORE, T. THERA, I. TEGUETE,
N. MOUNKORO, Y. TRAORE

RESUME

Introduction : L'hémorragie est la première cause de mortalité maternelle dans le monde avec des taux extrêmement élevés pour les pays africains au sud du Sahara comme le nôtre.

Objectif : Il était de déterminer les causes des hémorragies obstétricales associées à la survenue des décès maternels dans le district sanitaire de la commune V.

Patientes et méthodes : Nous avons mené une étude transversale, descriptive avec recueil rétrospectif des données dans le district sanitaire de la commune V du Bamako de janvier 2014 à décembre 2018 soit une période de 5 ans. Nous avons inclus dans cette étude, tous les cas de décès maternels intra hospitaliers dans un contexte d'hémorragies obstétricales, lesquelles obéissant à la définition du décès maternel tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé et ayant fait l'objet de revue par les pairs. La saisie et analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word, Excel 2010 et Epi-Info version 7.0.

Résultats : Le ratio de la mortalité maternelle était de 263,86 pour 100000 naissances vivantes. Tous les décès maternels en établissement de soins ont été notifiés et audités. L'hémorragie a représenté 70% de l'ensemble des décès maternels. L'âge moyen des patientes était de 30 ±5ans. La parité moyenne était de cinq (5) et elles avaient accouché par voie basse pour la plupart (60,30%). La Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA) avait été systématique dans tous les cas. Elles avaient été essentiellement transportées par taxi (65%) et dans un état de choc (82,50%). Les patientes avaient bénéficié de traitement de 1ère, 2ème, 3ème ligne avant le décès (60,30%). Dans 95,23% des cas, le décès maternel était survenu dans le post-partum. La principale cause de l'hémorragie obstétricale était l'atonie utérine (77,78%). Les trois retards et les quatre trop étaient fréquemment associés aux décès maternels. Ces décès étaient évitables dans 82,53% des cas.

Conclusion : Dans cette étude, les hémorragies obstétricales étaient fréquemment associées aux décès maternels. Ces décès étaient majoritairement liés à l'atonie utérine. La plupart de ces décès étaient évitables.

Mots-clés : Hémorragies ; Grossesse ; Mortalité maternelle

SUMMARY

Etiology of obstetric hemorrhage associated with maternal deaths in a semi-urban community of Bamako/ Mali : case of the health district of commune V (about 63 cases)

Introduction : Hemorrhage is the leading cause of maternal mortality worldwide with extremely high rates for African countries south of the Sahara like ours.

Objective : it was to determine the causes of obstetric hemorrhage associated with maternal deaths in the health district of commune V.

Patients and methods: We conducted a cross-sectional, descriptive study with retrospective data collection in the health district of commune V of Bamako from January 2014 to December 2018, which is a 5-year period. We included all cases of maternal intra-hospital deaths in the context of obstetric hemorrhages, which are consistent with the definition of maternal death as defined by the World Health Organization and have been peer reviewed. Data entry and analysis were performed on Word, Excel 2010 and Epi-Info version 7.0 software.

Results: The maternal mortality ratio was 263.86 per 100,000 live births. All maternal deaths in care facilities have been notified and audited. Hemorrhage accounted for 70% of all maternal deaths. The average age of patients was 30-5 years. The average parity was five (5) and most of them had given birth low (60.30%). Active Management of the Third Childhood Period (GATPA) was systematic in all cases. They were mainly transported by taxi (65%) and in shock (82.50%). Patients had received treatment for the second line before death (60.30%). In 95.23% of cases maternal death occurred in postpartum. The main cause of obstetric hemorrhage was uterine atony (77.78%). The three delays and the four too many were frequently associated with maternal deaths. These deaths were preventable in 82.53% of cases.

Conclusion: In this study, obstetric hemorrhage was frequently associated with maternal deaths. These deaths were mostly related to uterine atony. Most of these deaths were preventable.

Keywords: Hemorrhages; Pregnancy; Maternal mortality

Tirés à part : Traoré Soumana Oumar (MCA), Gynécologue
Obstétricien au CSRéf CV Bamako Mali.
Tel : (00223) 66879642,
E-mail : traoreoumar69@yahoo.fr

TRAORE SOUMANA O., BOCOUM A., SAMAKE A., DOUMBIA S., FANE S., DIAKITE NOUHOUM T., KANTE I., SIMA M., TALL S., TRAORE M., THERA T., TEGUETE I., MOUNKORO N., TRAORE Y. Etiologie des hémorragies obstétricales associées aux décès maternels dans une commune semi-urbaine de Bamako/ Mali : cas du district sanitaire de la commune V (à propos de 63 cas). Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°3, p.77-83.

INTRODUCTION

Les hémorragies obstétricales sont un saignement de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches [1]. Selon la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-9) de l'OMS, la mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'interruption, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle ni fortuite » [2]. Les hémorragies obstétricales constituent la première cause de décès maternels à l'échelle mondiale avec 25% des décès maternels [1]. L'Organisation mondiale de la Santé estime cette proportion à 27% [2]. Pour beaucoup d'auteurs, la principale cause obstétricale directe des décès maternels reste les hémorragies obstétricales [3,4,5]. Plus des deux tiers des décès par hémorragie surviennent dans le post-partum [6]. Ces hémorragies sont la principale cause directe de décès maternels dans les pays à ressources limitées causant plus du quart des décès, alors qu'elles ne représentent que la troisième cause de mortalité maternelle dans les pays développés [6]. Les hémorragies obstétricales comprennent :

- l'hémorragie ante partum survenant avant l'accouchement est retrouvée dans 2 à 5% des grossesses [7,8] ;
- l'hémorragie post partum (HPP) était autrefois définie comme une perte sanguine de plus de 500 ml dans le cas d'un accouchement vaginal, et de plus de 1 000 ml dans le cas d'un accouchement par césarienne. Aujourd'hui pour des raisons cliniques, on considère comme une hémorragie postpartum toute perte de sang susceptible de causer une instabilité hémodynamique [7,8]. Cette hémorragie du post partum peut être :
 - primaire ou immédiate (l'HPPI) lorsque l'hémorragie survient dans les 24 heures suivant l'accouchement [7,8]. L'atonie utérine est la cause prépondérante de l'hémorragie du post partum, responsable d'une proportion des cas allant de 50 à 80 % [3,4] ;
 - l'hémorragie postpartum est dite secondaire ou tardive lorsque l'hémorragie survient après les 24 heures après l'accouchement et jusqu'à la 6e semaine de la période postpartum. La plupart des cas d'HPP tardive sont attribuables à la rétention de produits de conception, à une infection utérine, ou à une combinaison des deux [7,8].

Dans sa volonté de réduire la mortalité maternelle, l'Organisation Mondiale de la Santé a adopté les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui dans son alinéa 3 stipule que, d'ici à 2030, il faut réduire la mortalité maternelle mondiale à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes, ramener la mortalité

néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances au plus [9]. Le Mali a souscrit à cette initiative de l'OMS par l'adoption de plusieurs stratégies visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale. L'objectif de ce travail était de déterminer les causes des hémorragies obstétricales associées aux décès maternels dans le district sanitaire de la commune V de Bamako, au Mali.

I. PATIENTES ET METHODES

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le District sanitaire de la Commune V de Bamako qui couvre une superficie de 41,59 Km² pour une population de 445.061 habitants. Elle comprend 8 quartiers et 14 aires de santé (14 Centres de Santé Communautaires) et le Centre de Santé de Référence de la Commune V).

2. Méthodes

Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive avec recueil rétrospectif des données pourtant sur les femmes en période de gravidopuerpéralité

3. Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des décès maternels notifiés et enregistrés dans l'établissement sanitaire de la commune V de Bamako sur une période de cinq ans du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude :

- tous les cas de décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'interruption, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle ni fortuite;
- tous les cas de décès maternels survenus dans un contexte d'hémorragies obstétricales, enregistrés dans un des établissements de santé de la commune V de Bamako et ayant fait l'objet de notification et d'audit.

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- tous les décès maternels par hémorragies, enregistrés dans le service mais survenus dans un établissement santé ne relevant pas du district sanitaire de la commune V de Bamako.
- tous décès maternels par hémorragies autre que obstétricales (cancer du col utérin, cervicite, lésions traumatiques ou caustiques du vagin et ou de l'utérin).

Technique de recrutement

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les décès maternels par hémorragies obstétricales et répondant à nos critères d'inclusion.

Procédures de prise en charge thérapeutique

Pour l'hémorragie du post partum, nous avons eu recours à 3 schémas ou lignes thérapeutiques :

- Traitement initial ou de 1^{ère} ligne qui comprenait : délivrance artificielle, révision utérine, d'ocytocine, vidange vésical, massages utérin simple, bi manuels externe et interne, compression aortique.
- Traitement de 2^{ème} ligne comprenant : misoprostol 200µg3 comprimés sublingual + tamponnement intra-utérin par préservatif masculin.
- Traitement de 3^{ème} ligne qui reposait sur la chirurgie conservatrice (ligature vasculaire, suture compression de Cho ou de B-Lynch) ou non conservatrice (hystérectomie).

Procédure des audits de décès maternels

Depuis 2008 les audits sont régulièrement réalisés dans le service après formation des principaux acteurs et la mise en place des différentes instances de l'audit dont un comité d'audit de décès maternels. Le comité était composé d'un président, d'un leader d'opinion local (modérateur), deux collecteurs des données (un gynécologue obstétricien et une sage-femme) et quatre autres membres qui étaient des collaborateurs.

Nous avons adopté la technique d'audit de décès maternels en cas de décès intra hospitalier : l'audit en établissement de santé. Après l'enregistrement la notification du cas décès, la collecte des données est faite par le collecteur des données et cela dans un délai d'une semaine. Ces données ainsi consignées sur la fiche d'audit de décès maternel étaient remis au président dudit comité qui appréciait la qualité et la complétude des informations consignées. Si le président relevait des insuffisances, la fiche d'audit des décès était remise de nouveau au collecteur pour complément d'informations. Par contre si le président estimait que les informations rapportées étaient suffisantes pour l'audit du cas, celui-ci programmait la séance d'audit dans un délai de moins d'un mois après le décès. Une lettre d'invitation était adressée à tous les membres du comité d'audit et autres acteurs dont la présence était jugée nécessaire. Cette lettre d'invitation était envoyée une semaine avant la date de tenue de la séance d'audit. Le jour de l'audit en présence de tous les membres du comité et des autres invités, le président du comité procédait à l'ouverture de la séance par des mots de bienvenue et précisait l'objet de la rencontre. Le leader d'opinion locale (modérateur)

avant de procéder à la lecture du résumé du cas à auditer, en guise de rappel procédait à la lecture du règlement puis à la vérification de l'application des recommandations formulées lors des séances d'audits antérieures. Si une recommandation n'était pas appliquée, savoir le pourquoi et ce qu'il fallait faire pour que ladite recommandation soit appliquée. Il présentait ensuite le plan de déroulement de la séance à savoir la présentation du cas, la discussion et l'analyse du cas ou conclusion du comité d'audit. Il revenait au collecteur de procéder à la lecture du résumé du cas (fiche d'audit) comprenant des informations depuis avant l'admission, à l'admission, le diagnostic, le traitement et le suivi du traitement. Puis des questions de clarification étaient posées par les invités et les autres membres du comité. Les réponses étaient apportées par le collecteur des données à la lumière des informations consignées sur la fiche de collecte de données (fiche d'audit), puisées du dossier. Puis arrivait l'étape proprement dit l'audit du décès maternel (ou analyse) à savoir : si le décès était de cause obstétricale directe, indirecte, la cause du décès et son l'évitabilité, l'étape et les conditions de cette évitabilité. La séance prenait fin par la formulation des recommandations pertinentes (visant à corriger les dysfonctionnements ayant abouti au décès) et par la désignation, l'auteur chargé de la mise en œuvre, l'auteur chargé du suivi et l'échéancier. Les mots de remerciements du président aux participants (invités et membres du comité) venaient clôturer la séance. Les informations sont ensuite stockées en lieu sûr.

Outils de collecte des données

Pour cette étude, nous avons utilisé les outils de collectes de suivants : les registres de décès maternels, de revues des décès maternels et riposte, d'accouchements, de références/ évacuations, des comptes rendus opératoires, et les dossiers obstétricaux. Chaque dossier de décès maternel a fait l'objet d'une revue par les pairs.

Variables étudiées

Nous avons étudié les variables suivantes : données socio démographiques, les causes de hémorragies obstétricales à l'origine du décès, le caractère évitable ou non du décès, les facteurs ayant contribué au décès maternel.

Saisies et analyse des données

Ils ont été effectués sur les logiciels Word et Excel 2010. Le logiciel Epi-Info version 7.0 a été utilisé pour l'analyse des données.

II. RESULTATS

1. Audits de décès maternels

Durant la période d'étude, sur un total de 34 109 naissances vivantes enregistrés, 90 cas de décès maternels ont été notifiés soit un ratio de mortalité maternelle de 263,86 pour 100 000 naissances vivantes (NV). Au même moment, 517 cas d'hémorragies obstétricales ont été répertoriées (1,50%). Nous avons notifié 63 décès maternels intra hospitaliers (100%) et vingt-sept (27) survenus dans la communauté (0,027%). Les décès maternels du post partum ont représenté 95,23% de l'échantillon et les décès ante partum 4,77%. Nous avons audité tous les 63 cas (70%) de décès survenus en établissement de santé.

2. Description de l'échantillon

Dans le tableau I, nous avons procédé à la description de l'échantillon. Ainsi l'âge moyen des patientes étaient de 30 ans±5 ans ; elles étaient non instruites dans 79,36%. Un peu plus d'une patiente sur cinq (des patientes était instruites et sans rémunération dans 73% avec une parité moyenne de 4. L'ambulance a transporté un peu plus du quart des patientes (25,40%). Dans plus 8 cas sur 10 (80,95%). Un peu plus de la moitié des patientes avait fait un suivi prénatal. Plus de 8 patientes sur 10 (82,50%) étaient dans un état de choc hémorragique à l'admission.

Tableau I : Répartition des patientes selon la description de l'échantillon

| Variables | Résultats |
|----------------------------------|---|
| Age moyen | 30 ans ± 5 ans, extrêmes 12 ans et 47 ans |
| Instruction | Oui 13(20.64%) |
| | Non 50(79.36%) |
| Profession | Sans rémunération 46(73%) |
| | Avec rémunération 17(27%) |
| Moyen de transport | Taxi 41(65.00%) |
| | Ambulance 16(25.40%) |
| | Autres 06(9.60%) |
| Parité moyenne | 5(1et11) |
| Mode d'admission | Evacuée 51(81%) |
| | Non évacuée 12(19%) |
| Suivi prénatal | Oui 33(52.38%) |
| | Non 30(47.62%) |
| Voie Basse | Oui 38 (60,30%) |
| | Non 25 (39,70,%) |
| Etat de choc hémorragique | Oui 52 (82,50%) |
| | Non 25 (17,50%) |

Dans le tableau II, nous rapportons les causes des hémorragies obstétricales associées au décès maternels enregistrés. Ainsi l'hémorragie ante partum a représenté 4,77% des décès maternels et l'hémorragie du post-partum (95,23%) principalement liée à l'atonie utérine dans 77,78% des cas.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'étiologie des décès maternels associés à l'hémorragie

| Causes des décès | Effectif | % |
|--------------------------------|----------|------|
| Hémorragie antépartum (4,77%) | | |
| Placenta prævia | 1 | 1,59 |
| Hématome rétro placentaire | 2 | 3,18 |
| Hémorragie postpartum (95,23%) | | |
| Atonie utérine | 49 | 77,7 |
| Rétention placentaire | 6 | 9,52 |
| Traumatisme génitale | 4 | 6,35 |
| Troubles de la coagulation | 1 | 1,60 |
| Total | 63 | 100 |

Le traitement administré avant le décès schématisé en trois lignes associé à la transfusion et autres mesures de réanimation est consigné dans le tableau III. Le traitement de 1ère et 3ème lignes associé à la transfusion et autres mesures de réanimation a été administré à 39,70% des patientes. Aussi 60,30% des patientes décédées avaient bénéficié d'un traitement combinant les 1ère, 2ème et 3ème lignes thérapeutiques assorties de transfusion et autres mesures de réanimation.

Il faut signaler que la Gestion Active de la 3ème Période de l'Accouchement (GATPA) avait été pratiquée à titre préventif chez toutes les accouchées ; et par ailleurs que les 3 cas de décès ante partum, patientes sont survenus au cours des tentatives de prises de voies veineuses.

Tableau III : Traitement reçu avant le décès pour celles décédées dans le post partum

| Schémas thérapeutiques | Effectif | % |
|---|----------|-------|
| Traitement de 1ère ligne + 3ème ligne + transfusion (11 unités de sang) + réanimation | 25 | 39,70 |
| Traitement 1ère + 2ème +3ème lignes + transfusion (36 unités de sang) + réanimation | 38 | 60,30 |
| Total | 63 | 100 |

Nous rapportons l'évitabilité des décès maternels dans le tableau IV. Ainsi, plus de 8 décès maternels sur 10 étaient évitables contre seulement 17,47% de décès non évitables.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le caractère évitable des décès maternels

| Évitable | Effectifs | % |
|--------------|-----------|-------|
| Non évitable | 11 | 17,47 |
| Évitable | 52 | 82,53 |
| Total | 63 | 100 |

Dans le tableau V, se trouvent consignés les facteurs associés aux décès maternels, tel que les trois retards ont été associés à tous les décès maternels à des proportions différentes. Le 3ème retard a été le plus grand facteur contributif aux décès maternels avec 62,00% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes selon les différents retards ou délais (facteurs associés aux décès maternels)

| Les retards | Effectifs | % |
|-------------|-----------|-------|
| 1er retard | 12 | 19,00 |
| 2ème retard | 12 | 19,00 |
| 3ème retard | 39 | 62,00 |
| Total | 63 | 100 |

Autres facteurs contributifs aux décès maternels comme rapporté dans le tableau VI, nous avons les 4 Trop. Ainsi, les décès maternels ont principalement touché les femmes ayant des grossesses trop nombreuses (60,32%) suivies des grossesses trop rapprochées (27,00%).

Tableau VI : Répartition des décès maternels selon les 4 Trop (facteurs associés aux décès maternels)

| 4 Trop | Effectifs | % |
|------------------|-----------|-------|
| Trop nombreuses | 38 | 60,32 |
| Trop rapprochées | 17 | 27,00 |
| Trop précoces | 08 | 12,38 |
| Trop tardives | 07 | 11,10 |
| Total | 63 | 100 |

III. COMMENTAIRES

Description de l'échantillon

L'âge moyen des patientes était de 30ans ± 5ans avec des extrêmes de 12 ans et 47 ans avec une parité moyenne de 5 (1à11). Yambaré A et al [3] ont trouvé un âge moyen de 29 ans. Nos patientes

étaient non instruites dans 79,36% des cas exerçant une profession sans rémunération dans 73% des cas, non instruites dans 65% avec un suivi prénatal dans 52,38%, ayant accouché majoritairement par voie basse (60,30%) et évacuées pour l'essentiel (80,95%) dont seulement 25,40% par taxi. A l'admission, elles étaient dans un état de choc hémorragique dans 82,50% des cas.

Diallo FB et al [10] avaient trouvé 42,1% de non scolarisées, ayant effectué 1-3 CPN (44,7%), et provenait d'une maternité périphérique (84,2%) et dont 78,4% avait accouché par voie basse. Dans notre étude, moyen de transport le plus utilisé était le taxi avec 65% contre seulement 25,40% par l'ambulance alors que Diallo FB et al [10] rapportaient que le transport en commun était le plus utilisé avec 63,2%. Dans une étude Congolaise (Brazzaville), les auteurs avaient trouvé que 150 patientes étaient sans instruction, 547 sans profession, 369 des référées et 110 autres sans aucun suivi prénatal [3]. Maraux B et al [11] ont rapporté 77,3 % de patientes transférées dans leur travail.

Incidences des hémorragies obstétricales associées aux décès maternels

Le ratio de mortalité maternelle reste encore très élevé dans le district sanitaire de la commune V de Bamako. Malgré la pratique systématique de la Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA), l'atonie utérine reste la première cause des hémorragies du post partum avec 70%. Les multipares représentaient 65,07% des cas et avaient accouché par voie basse pour la plupart (60,30%). Elles avaient été essentiellement transportées par taxi (65%) et l'état de choc a représenté 82,50% de l'échantillon. Elles avaient bénéficié de traitement de 1ère, 2ème, 3ème ligne avant le décès (60,30%) comme rapporté par certains auteurs [3,4,5]. La principale cause obstétricale directe des décès dans notre étude, était l'hémorragie avec un peu plus des 2/3 des décès maternels (70%). Les décès étaient survenus essentiellement dans le post partum (95,23%). Dans l'étude de Diallo FB et al [10], la cause de décès était dominée par l'hémorragie (44,7%) et le post-partum a été la période la plus pourvoyeuse de décès (52,6%) ; 26,3% étaient survenus pendant la grossesse et 21,1% au moment de l'accouchement [10]. Jabeen S et al [12] trouvent qu'environ 24 % des décès maternels liés à une hémorragie étaient survenus dans les 15 heures suivant l'accouchement [12]. Selon Institut National de la Statistique du Congo, plus des deux tiers des décès par hémorragie surviennent dans le post-partum [6]. L'hémorragie est la principale cause directe de décès maternel dans les pays à ressources limitées causant plus du quart des décès, alors qu'elle ne représente que la troisième cause de

mortalité maternelle dans les pays développés (16,3 % des décès) [6]. Jabeen S, et al [12], l'hémorragie est une cause majeure de décès maternels dans le monde, dont la plupart sont évitables et surviennent principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris le Bangladesh. L'atonie utérine est la cause prépondérante d'hémorragie du post partum, responsable d'une proportion des cas allant de 50 à 80 %. Cette atonie utérine a été retrouvée dans 77,78% des cas de décès maternels dans notre travail. La cause la plus commune et la plus importante des décès maternels est l'atonie utérine [13].

Causes et facteurs contributifs des hémorragies obstétricales associées aux décès maternels

Dans notre étude, sur un total de 63 décès maternels, seuls trois soit (4,75%) étaient survenus en ante partum dont deux par hématome retro placentaire et un par placenta prævia. Conformément à ce rapporté dans la littérature, l'essentiel des décès maternels sont survenus après l'accouchement dans le post partum dans notre travail (95,23%). Aussi, nous avons rapporté 49 (77,78%) cas d'atonie utérine (T1), 6 (9,42%) cas rétention placentaire (T2), 4(6,35%) et un (1,60%) cas troubles de la coagulation (T4). Beaucoup d'auteurs [3,4,5,6] sont unanimes que la majeure partie des décès maternels surviennent dans le post partum avec des légères divergences dans les proportions de cette entité. La rétention placentaire est en général la 2e cause d'hémorragie du post partum par ordre de fréquence, impliquée dans environ 10 à 30 % des cas, mais la distinction ou coexistence avec une atonie utérine n'est pas toujours claire [11]. Yambaré A et al [3] ont fait état de 13,1% décès maternels liés à la rupture utérine. Les plaies sont responsables de 15 à 20 % de l'hémorragie du post-partum [13]. Il peut s'agir de déchirures périnéales, vaginales ou cervicales (y compris l'épisiotomie) pour les hémorragies du post partum après accouchement par voie basse, et d'un saignement lié à l'hystérotomie ou provenant du décollement vésico-utérin dans le contexte de la césarienne [8]. Deneux Thauraux C et al [4] ont trouvé 1 % des cas d'hémorragie du post partum, incluant une coagulopathie constitutionnelle ou acquise.

Comme dans une étude faite en France [3], nous avons relevé une évitabilité de plus de 80% soit 52 cas (82,53%). Yambaré A et al [3] rapportent que dans la plupart des cas, les décès auraient dû être évités.

La plupart des décès maternels pourraient être évités si toutes les femmes pouvaient bénéficier d'un accompagnement médical et de soins d'urgence. Les obstacles sont principalement économiques et

sociaux mais aussi culturels, en particulier le faible pouvoir de décision des femmes [14].

Cependant, il ne suffit pas de disposer des chiffres de la mortalité maternelle ; il faut plutôt en plus de ces chiffres, comprendre quels sont les facteurs profonds qui ont entraîné les décès maternels [3].

Dans notre étude, trois retards ont été des facteurs contributifs aux décès maternels comme dans plusieurs autres études [3,15]. Les 1ers et 2èmes retards ont été contributifs aux décès maternels dans 12 cas chacun (19,00%). Mais celui qui aura été le plus fatal aux patientes a été le retard dans nos centres de santé c'est à dire le 3ème retard avec 39 décès maternels (62%). Ce dernier retard incluait : la pénurie en médicaments, le retard au diagnostic, le personnel non disponible, le bloc non fonctionnel). Une étude faite en République Démocratique du Congo (RDC), trouvait que les décès maternels étaient favorisés par la non reconnaissance des signes de danger (32%), l'inaccessibilité géographique (5%), la prise en charge tardive ou inappropriée (63%). Dans la même étude les auteurs précisent que les décès maternels étaient associés à des grossesses trop tardives (8%), trop rapprochées (30%), trop nombreuses (52%), trop précoces (10%) [16]. Dans notre étude, les décès maternels étaient associés à des grossesses : trop nombreuses 38(60,32) cas, trop rapprochées dans 17(27,00%) cas, trop précoces dans 08(12,38%) des cas et trop tardives dans 7(11,10%) cas. L'étude Congolaise (Brazzaville) révèle que parmi les cas de décès survenus avant l'accouchement, le troisième retard (78,5 %) était largement représenté. Pour ces auteurs, ceci révèle le retard dans l'administration des soins notamment le dysfonctionnement du système de santé, le problème de qualification du personnel médical et de l'indisponibilité financière des patientes (financement) [3].

CONCLUSION

Les hémorragies obstétricales associées sont fréquemment associées aux décès maternels dans le district sanitaire de la commune V de Bamako. Il s'agit surtout de décès survenus dans le post partum, majoritairement par atonie utérine ; La disponibilité d'un personnel qualifiés et l'amélioration des conditions d'évacuation pourrait aider à minimiser ce fléau.

REFERENCES

1. **Sournia JC, Millez J, Bernard P, Body G, Boog G, Boulanger JC** et al. Hémorragie obstétricale, Issue du dictionnaire de gynécologie obstétrique de l'Académie Française de médecine. Paris; Edition CILF, 11, rue de Navarin 75009 Paris, 1999 :232.

2. **World Health Organization, 2013.** Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death. ISBN 978 92 4 150608 3. NLM classification : WQ 270.
3. **Yambaré A, Ibemba G.** Analyse des déterminants de la mortalité maternelle Post partum en République du Congo (2013-2015). 2017. <hal 01593267>
4. **Deneux-Tharoux C, Bonnet MP, Tort J.** Épidémiologie de l'hémorragie du Postpartum. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 43, n°10, pages 936-950 (décembre 2014). Doi:10.1016/j.jgyn.2014.09.03.
5. **Centre National de la Statistique et des Études Économiques.** Enquête Démographique et de Santé (EDS-Congo), Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et de l'Intégration Économique. 2005. pp. 196
6. **Institut National de la Statistique.** Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS5 Congo 2014-2015 : Rapport des indicateurs clés. Ministère du Plan et de l'Intégration, UNICEF 2015. pp. 14.
7. **Programme Gesta International.** Hémorragie post partum. Dans : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. eds- réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Ed. Ottawa/Canada : 2012. Chap.5, p1-p9.
8. **Programme Gesta International.** Hémorragie ante partum. Dans : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. eds- réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Ed. Ottawa/Canada : 2012. Chap.6, p1-p50.
9. **OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale.** Tendances de la Mortalité Maternelle : 1990-2015. Estimations de. Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2015; pp.1-3.
10. **Diallo FB, Diallo MH, Bah EM, Keita M, Diallo O, Baldé IS, Sy T, Keita N.** Mortalité maternelle chez les adolescentes au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen. Rev int sc méd Abj - ISSN 1817 - 5503 RISM 2022 ;24,1:17-25. © EDUCI 2022.
11. **Marau B, Ricbourg A, Brugier C, Chagnaud S, Fargeaudou Y, Rossigno MI, Barranger E.** Hémorragie du post-partum liée à des plaies de la filière génitale : étude de 44 cas. J. Gynecologie Obstetrique & Fertilité' 41 (2013) 692-695.
12. **Jabeen S, Siddique AB, Hossain AT, Khan SH, Haider M, Tahsina T, et al.** Mortalité maternelle liée à l'hémorragie au Bangladesh : niveaux, tendances, moment du décès et pratiques de recherche de soins basés sur des enquêtes représentatives à l'échelle nationale en population. J Glob Santé 2023;13:07001]
13. **Ministère de la Santé et de la Population, 2010.** Feuille de Route pour accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Congo.
14. **OMS, l'UNICEF, Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), Banque mondiale.** Division de la population de l'ONU Trends in maternal mortality : 1990 to 2013, estimations Santé maternelle, aide-mémoire n°348, Organisation mondiale de la Santé (OMS)
15. **Perrin XR.** Mortalité Maternelle dans le Monde. Projet Mère-Enfant, Ministère des Affaires Étrangères et Européennes. 2008.
16. **Marianne P, Fabien B, Marie-Hélène BC.** Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire - BEH, Saint Maurice Val de Marne) : Institut de veille sanitaire, 2006, pp.392-395.