

MORTALITE MATERNELLE DANS LES MATERNITES CHIRURGICALES DE ZIGUINCHOR : A PROPOS DE 90 CAS

S.M.K. GUEYE, M.L. NDIAYE, A. TRAORE, V. WILLIAM, A. BARRY

RESUME

Objectif : Identifier les aspects épidémiologiques de la mortalité maternelle dans les maternités chirurgicales de Ziguinchor afin de déterminer les actions spécifiques à recommander pour réduire les décès maternels en Casamance.

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive et transversale aux deux centres hospitaliers de Ziguinchor durant la période du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2018. L'étude concernait 90 dossiers de décès maternels. Nous avons inclus tous les cas de décès maternels survenus dans les deux hôpitaux de Ziguinchor durant la période d'étude et répondant à la définition de l'OMS.

Résultats : La mortalité maternelle était élevée avec un ratio de mortalité maternelle de 1002 pour 100000 NV. Le profil épidémiologique de la femme était celui d'une femme âgée de 28,09 ans vivant hors de la ville de Ziguinchor, primipare ou paucipare (57,8%) , mariée (68,9%) en majorité sans antécédents pathologiques particuliers (57,8%). La majorité des patientes n'avait pas bénéficié d'une surveillance prénatale de qualité. La plupart des patientes étaient des évacuées (80%), provenant hors de la ville de Ziguinchor, transportées par une ambulance (85%) mais accompagnées par un personnel non qualifié et parfois avec de mauvaises conditions d'évacuation. Les causes de décès maternels étaient principalement les hémorragies (55,5%), l'hypertension artérielle et ses complications (38,9%), les infections (17,7%). La majorité des patientes étaient décédées dans les 24 heures après leur admission (44,1%). Parmi les 90 cas de décès maternels, il n'y avait aucun cas d'autopsie. Les facteurs favorisants étaient surtout les mauvaises conditions d'évacuation, le manque de produits sanguins, le déficit en personnels qualifiés, l'absence de services de réanimation et d'unités de soins intensifs dans les hôpitaux de Ziguinchor. Le pronostic foetal était mauvais, 80% des enfants étaient décédés. La Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) dans les hôpitaux de Ziguinchor était basée sur l'audit des décès maternels mais la mise en pratique des recommandations formulées demeure un problème majeur dans notre contexte.

Conclusion: La mortalité maternelle constitue un problème de santé majeur en Casamance. Sa réduction nécessite la mobilisation de tous les acteurs de la société et implique une bonne éducation sur la santé, l'amélioration de la qualité des consultations prénatales et celle des soins obstétricaux d'urgence dans la région.

Mots-clés : Mortalité maternelle, Epidémiologie, Ziguinchor (Sénégal).

Tirés à part : Pr Serigne Modou Kane GUEYE, UFR des Sciences de la Santé de Ziguinchor, Hôpital de la Paix, Ziguinchor.
Email : kaneg@orange.sn

SUMMARY

Mortality maternal in surgical maternities of Ziguinchor: about 90 cases

Objectives: It is a question of identifying the epidemiological aspects of maternal mortality in the surgical maternities of Ziguinchor in order to determine the specific actions to recommend to reduce maternal deaths in the Casamance.

Methodology: We conducted a descriptive and transversal study at the two hospital centers in Ziguinchor during the period from January 1st, 2016 to December 31th, 2018. The study involved 90 maternal death record. We included all cases of maternal death that occurred in the two hospitals in Ziguinchor during the study period and that met the WHO definition.

Results : Maternal mortality was high with a maternal mortality ratio of 1002 per 100,000 live births. The epidemiological profile of the woman was that of a 28.09 year old woman living outside the city of Ziguinchor, primiparous or pauciparous (57.8%), married (68.9%) in majority without any particular pathological history (57, 8%). The majority of patients did not receive quality antenatal care. Most of the patients were evacuated (80%), coming from outside the city of Ziguinchor, transported by an ambulance (85%) but accompanied by unqualified personnel and sometimes with poor evacuation conditions. The causes of maternal death were mainly hemorrhages (55.5%), high blood pressure and its complications (38.9%), infections (17,7%). The majority of patients died within 24 hours of admission (44.1%). Among the 90 cases of maternal death, there were no autopsy cases. The main factors were poor evacuation conditions, lack of blood products, shortage of qualified staff, lack of resuscitation services and intensive care units in Ziguinchor hospitals. The fetal prognosis was poor, 80% of the children had died.

Surveillance of Maternal Deaths and Response (SDMR) in hospitals in Ziguinchor was based on the audit of maternal deaths. There was a major problem in the organization of audits but also in the implementation of the recommendations made which need to be repeated without further action. Based on this observation, we are proposing specific actions to be carried out by the authorities, reference centers and hospitals in Ziguinchor.

Conclusion: Maternal mortality is a major health problem in Casamance. Reducing maternal mortality requires the mobilization of all the assets of society. It involves good education on health, improving the quality of antenatal care and emergency obstetric care.

Keywords: Maternal mortality - Epidemiology – Ziguinchor (Senegal).

GUEYE S.M.K., NDIAYE M.L., TRAORE A., WILLIAM V., BARRY A. Mortalité maternelle dans les maternités chirurgicales de Ziguinchor : à propos de 90 cas Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°1, p.20-26.

INTRODUCTION

Le décès maternel se définit « comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » [2]. En 2015, dans le monde, 300000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [7]. Au Sénégal, cette mortalité était estimée à 236 décès/100000 naissances vivantes en 2017 [3]. Elle reste toujours élevée au Sénégal particulièrement dans la zone sud du pays où divers facteurs sont incriminés: facteurs sociodémographiques, sanitaires, culturelles. Afin de contribuer aux actions menées par les politiques de santé, nous avons mené une étude dans les maternités chirurgicales de l'hôpital de la Paix et de l'hôpital Régional de Ziguinchor dont l'objectif était de d'identifier les aspects épidémiologiques de la mortalité maternelle aux centres hospitaliers de Ziguinchor et déterminer les actions spécifiques à recommander pour réduire les décès maternels en Casamance.

I. METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans les services de maternités des Hôpitaux de Ziguinchor à savoir l'Hôpital Régional et l'Hôpital de la Paix.

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale portant sur tous les cas de décès maternels survenus durant la période du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2018. Nous n'avons pas inclus les cas de décès maternels survenus en dehors des deux hôpitaux de Ziguinchor ou en dehors de la période d'étude ou tout décès maternels dont le dossier était incomplet ou inexploitable.

Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers médicaux, des registres d'accouchements et de consultation, des rapports d'intervention, des rapports d'activité, des comptes rendus opératoires, des bulletins de liaison et des interviews du personnel. Les données ont été saisies et analysées grâce aux logiciels Sphinx Plus2 version 5. 1. 0. 5, les tableaux et les graphiques étaient réalisés sur Word et Excel version 2013.

II. RESULTATS

1. Fréquence

Sur une période allant du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2018, nous avons colligé 90 cas de décès

maternels et 8977 naissances vivantes soit un ratio de 1002,6 pour 100000 NV. Nous avons colligé 36 cas à l'Hôpital de la Paix et 54 cas colligés à l'Hôpital Régional de Ziguinchor. Le ratio de mortalité maternelle était de 1043,2 pour 100000 naissances vivantes à l'Hôpital de la Paix et de 977,2 pour 100000 naissances vivantes à l'Hôpital Régional.

2. Caractéristiques socio-démographiques

• Age

L'âge moyen était de 28,09 ans avec des extrêmes de 15 ans et 50 ans. La majeure partie des patientes décédées avait l'âge de moins de 35 ans; soit 44,5% (figure 1)

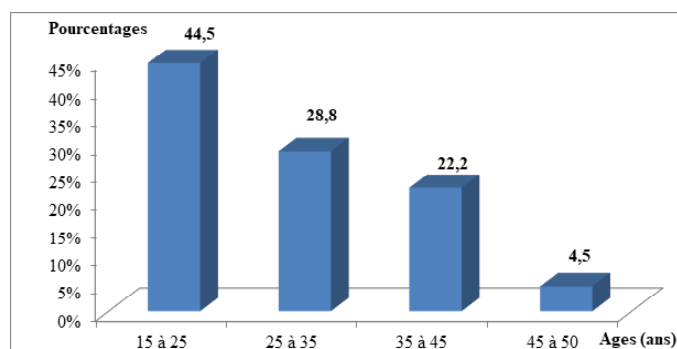


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge

• Situation matrimoniale

Soixante et deux patientes soit 68,9% étaient mariées; 24 patientes soit une proportion de 26,7% étaient des célibataires.

• Origine géographique

La majorité des patientes venait hors de Ziguinchor soit une proportion de 54,4%. Vingt-sept patientes soit 30% provenaient dans la ville de Ziguinchor et une proportion de 15,6% (14 patientes) venait dans la périphérie de la ville de Ziguinchor.

3. Antécédents et histoire de la grossesse

• Gestité -Parité

La gestité moyenne était de 3,57 avec des extrêmes de 1 et 16. Plus de la moitié (60%) des patientes avaient une gestité inférieure à 4; 33,3% de patientes avaient entre 2 à 3 gestes et 26,7% étaient primigestes). La parité moyenne était de 2,64 avec des extrêmes de 0 et 12. Parmi les patientes, 54 soit 60% avaient une parité inférieure ou égale à 3 (Tableau I)

Tableau II: Répartition des motifs d'évacuation (N= 80)

Motifs d'évacuation	Effectifs	%
HTA et complications	37	46,2
Hémorragie	15	18,7
Dystocie	7	8,7
Infection	5	6,2
Anémie	5	6,2
Rétention d'œuf mort	4	5,0
Rupture prématurée des membranes	3	3,7
Altération état général	3	3,7
Trouble de la conscience	2	2,5
Non précisé	2	2,5
Vomissements gravidiques	1	1,2
Bloc opératoire non fonctionnel	1	1,2
Cardiopathie sur grossesse	1	1,2
Crise convulsive	1	1,2
Détresse respiratoire	1	1,2
HU excessive	1	1,2
Menace d'accouchement prématuré	1	1,2
Suspicion de macrosomie	1	1,2
Thrombose veineuse	1	1,2

Tableau I : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentages (%)
Nullipare	2	2,2%
Primipare	27	30%
Paucipare	25	27,8%
Multipare	17	18,9%
Grande multipare	19	21,1%
Total	90	100%

• Surveillance prénatale

Parmi les patientes, 15 soit 16,7% n'avaient pas fait de consultation prénatale et la majorité avait fait moins de 4 CPN soit une proportion de 62,2%. Soixante et une patientes (61) avaient fait leur CPN au poste de santé soit une proportion de 81,3% et 98,3% avaient bénéficié d'un traitement prophylactique. Quarante-neuf patientes soit 54,4% avaient fait un bilan de routine au cours du suivi de la grossesse. La majorité des patientes n'avaient pas bénéficié d'une échographie obstétricale soit une proportion de 60%.

4. Issue grossesse – Accouchement

• Conditions d'admission

Il y'avait 80 évacuées parmi les 90 cas de décès maternels soit 88,9%; la majorité venait hors de Ziguinchor soit 62,5%; était transportée par une ambulance (85%) et était accompagnée par un prestataire non qualifié (matrones, aides-soignants ou agents de santé communautaire...). Pour 38 patientes (47,5%), la mise en place d'une voie veineuse n'a pas été précisée et 6,2% des évacuées n'avaient pas de voie veineuse du tout. Parmi les 80 patientes, il y'avait 22 dont le délai d'évacuation était précisé et 40,9% avaient un délai d'évacuation compris entre une heure et une heure 30 minutes. Les motifs d'évacuation étaient représentés principalement par l'hypertension artérielle et ses complications, les hémorragies et les infections (Tableau II).

• Modalités d'accouchements

Parmi les 90 décès maternels, 77 avaient accouché (85,6%) dont 62,3% par césarienne (figure 2).

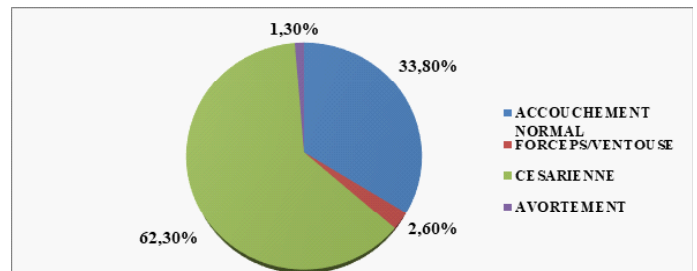
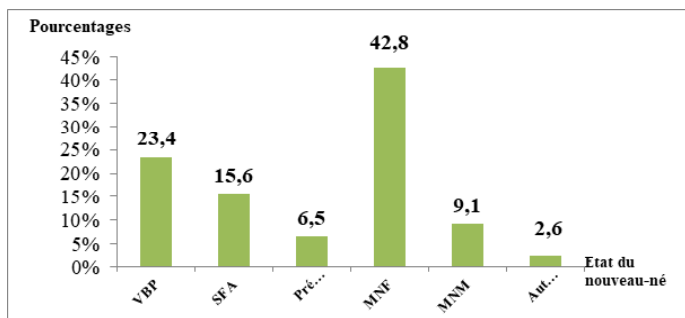


Figure 2 : Répartition des accouchées selon le mode d'accouchement (N=77)

• Etat du nouveau-né a la naissance

Parmi les 77 patientes qui avaient accouchés, il y'avait 72 enfants qui étaient décédés soit 80% et la majorité des décès (42,8%) étaient des mort-nés frais (Figure 3).



VBP: vivant et bien portant **SFA:** souffrance fœtale aigue **MNF:** mort-né frais **MNM:** mort-né macéré

Figure 3: Etat du nouveau-né à la naissance (N=77)

5. Causes de décès maternels

Parmi les 90 cas de décès, 50 patientes soit 55,5% étaient par hémorragie; 38,9% par hypertension artérielle et ses complications, 17,7% par infection et dans 7 cas soit 7,7% la cause était inconnue (Tableau III). Le regroupement des causes de décès maternels avait retrouvé que la majorité des patientes était décédée de causes obstétricales directes (83,3%) et les causes obstétricales indirectes ne représentaient que 10%.

Tableau III : Répartition des causes de décès maternels (N=90)

Causes de décès	Effectifs	%
Hémorragie	50	55,5
HTA et ses complications	35	38,9
Infection	16	17,7
Inconnue	7	7,7
Anémie	3	3,3
Insuffisance rénale aigue	3	3,3
Défaillance multi viscérale	2	2,2
Cancer du foie décompensé	1	1,1
Cardiomyopathie du post-partum	1	1,1
Embolie pulmonaire	2	2,2
Hyponatrémie sévère	1	1,1
Non précisée	1	1,1

Parmi les patientes décédées par hémorragie, la majorité avait un hématome rétro-placentaire soit 62% (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des causes de décès maternels par hémorragie

Hémorragies	Effectifs	%
HRP	31	62
HDD	10	20
RU	4	8
PP	3	6
Autres	2	4
Total	50	100

6. Facteurs favorisant les décès maternels

Les facteurs marquants qui favorisent la survenue de décès maternels étaient représentés par le manque de produits sanguins, le retard à l'évacuation, le retard diagnostique, le manque de personnels qualifiés, les problèmes de moyens de réanimation et l'absence d'un service de soins intensifs.

7. Surveillance des décès maternels et riposte

La surveillance des décès maternels et les stratégies de riposte aux niveaux des hôpitaux de Ziguinchor étaient basées sur l'audit des décès maternels. Ces audits étaient organisés tous les 3 à 6 mois à l'Hôpital Régional. Cependant il n'y avait pas de rythme défini au niveau de l'Hôpital de la Paix. Ces audits ont pour objectifs de mettre en place des recommandations qui visent à réduire la mortalité maternelle. Cependant on a constaté un problème dans la mise en pratique des recommandations formulées qui nécessite d'être répétées car souvent sans suite.

III. DISCUSSION

Le ratio de mortalité maternelle dans notre étude était élevé 1002 pour 100000 naissances vivantes (N.V). Ce taux est au-dessus de la moyenne nationale observée en 2017 qui était de 236 pour 100 000 NV [1] et reste supérieur à celui rapporté par Mbaye [2] au Centre de santé de Youssou M'bargane à Rufisque (592 pour 100000 NV) et à celui rapporté par Traoré et coll. [3] au Centre Hospitalier Régional de Thiès (920,74 pour 100000 NV). Dans le reste de l'Afrique, à N'Djamena en 2010 un taux légèrement inférieur a été rapporté (968 /100 000 NV) [4]. Une valeur de rapport de mortalité maternelle (RMM) plus importante a été relevé dans le sud du Sahara au Mali entre 2005 et 2008 : 2031/ 100 000 NV [5]. Dans les pays développés le taux de mortalité maternelle avoisine 14 décès pour 100000 N.V [6].

Durant la période d'étude on avait constaté que le taux de mortalité maternelle (TMM) était similaire au sein des deux hôpitaux de Ziguinchor. Dans les années 2016 et 2017, le taux de mortalité maternelle tournait autour de 1000/100 000 NV puis à partir de 2018, il a été réduit jusqu'à 730 /100000 NV. Cela pourrait s'expliquer entre autres par l'amélioration des conditions de travail dans ces structures avec le renforcement du personnel (arrivée de deux gynécologue-obstétricien en formation et la participation de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des sciences de la santé de l'Université Assane Seck de Ziguinchor (UASZ) avec les étudiants en 5ème et 7ème année) mais aussi l'instauration de la gratuité de la césarienne au niveau de la région. L'âge de nos patientes était de 28,09 ans, résultat superposable à ceux rapportés par Ndiaye [3] à Thiès

et par Thiam [7] à Baudouin qui étaient respectivement de 29 ans et de 28,4 ans. L'âge maternel est un facteur de risque important de la mortalité maternelle, et les patientes de moins de 25 ans soit 44,5% étaient les plus concernées. Ce constat corrobore les résultats de Adanlette réalisés au CHU le Dantec il y a 30 ans [8] et ceux rapportés par Koudjou Takougoum au Mali [9]. Ces décès qui surviennent à la fleur de l'âge constituent un drame pour la famille par perte de pouvoir économique et de cohésion des familles. A cela s'ajoute aussi la fréquence élevée d'orphelins, les conséquences psychologiques du conjoint qui contribuent rendre vulnérable notre société.

L'analyse montrait aussi que le nombre de décès était élevé parmi les primipares et les paucipares soit 57,8% des patientes. Ces résultats s'expliquent par les nombreuses grossesses non désirées mais aussi un retard dans la décision d'un suivi de la grossesse ou à solliciter des soins en cas de complications obstétricales.

Dans notre série, 15 patientes n'avaient pas fait de consultations prénatales (16,7%) et 56 patientes avaient moins de 4 consultations prénatales (62,2%). Ces données révèlent qu'il y'a encore beaucoup de problèmes dans cette localité concernant la sensibilisation sur l'intérêt de la surveillance prénatal et la compréhension des signes d'alerte pendant la grossesse. La majorité des patientes n'avaient pas fait d'échographie obstétricale (60%) et 46,6% n'avaient pas fait un bilan de routine au cours du suivi de la grossesse. Ces résultats étaient similaires aux données de Kane à Ndioum [10] et de Iloki [11] qui retrouvait dans sa série au Congo que plus de la moitié des femmes étaient mal ou pas du tout suivies au cours de la grossesse. Ce constat a été également fait par Diadhiou [12] au Sénégal, et Bohoussou [13] en Côte d'Ivoire. Ceci s'explique par le fait que les examens biologiques et l'échographie obstétricale restent encore coûteux pour la plupart de la population de cette localité. De plus la notion de CPN recentrée est encore problématique ; dans notre série, 62,2% des patientes présentaient à l'admission des complications de pathologies qui devaient être dépistées pendant le suivi de la grossesse et bénéficiaient d'une bonne prise en charge. L'analyse avait montré que 90% des patientes étaient des évacuées et la plupart des cas venaient hors de Ziguinchor. Ce résultat était similaire à celui rapporté par Kane [10] à Ndioum. Au CHU de Niamey [14] et de Ouagadougou [15], le même constat a été fait. La proportion importante d'évacuées parmi les cas de décès maternels dans les Hôpitaux de Ziguinchor est liée au fait que les patientes étaient suivies pour la plupart dans des postes de santé (81,3%) ou des centres de santé (10,7%) et sont évacuées à

partir des centres périphériques vers les hôpitaux de Ziguinchor. L'enclavement de cette localité constitue un fléau majeur. Le mauvais état des routes, souvent impraticables pendant la saison des pluies surtout dans cette région du Sénégal où de fortes pluies sont enregistrées chaque année (Juin à Octobre), augmentent les retards de la prise en charge. Les patientes provenaient hors de Ziguinchor (62,6%) avec un délai d'évacuation de plus d'une heure (59,1%), démunies et défavorisées, évacuées dans de mauvaises conditions (sans voie veineuse, transport non médicalisé) et elles étaient accompagnées par un prestataire non qualifié (matrones, aide-soignants, agents de santé communautaire). Le contexte socio-démographique de cette localité explique la demande en soins de santé maternelle importante mais contrastant avec un plateau médical déficient et des ressources humaine insuffisantes en nombres et mal réparties. Ces difficultés expliquent les retards dans la référence des patientes. Dans notre série, on constate que les troubles hypertensifs sont au premier plan et cela révèle un manquement dans les consultations prénatales notamment le dépistage et le traitement précoce de l'hypertension artérielle et ses complications. La majorité des décès maternels concernent des parturientes qui ont accouché au niveau des hôpitaux soit 88,3%. Ceci se justifie par le fait que dans cette localité, les hôpitaux de Ziguinchor constituent les seuls centres de référence disposant de l'équipement nécessaire pour prendre en charge les complications de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, toutes les patientes à risque de décès sont systématiquement transférées des maternités périphériques vers ces hôpitaux relativement plus équipés. Ce même constat a été rapporté par Bohoussou [13] à Abidjan. La mortalité maternelle surtout élevée chez les patientes ayant bénéficiées d'une césarienne s'expliquerait par le fait que la prise en charge était souvent tardive ou elle a été faite chez une patiente qui a présenté une hémorragie massive pendant l'évacuation sans transfusion sanguine. Ce qui fait que la césarienne isolée n'est pas seule salvatrice s'il n'y a pas de réanimation efficace associée.

L'étude des causes de décès maternels par causes directes ou indirectes nous permet de constater avec d'autres auteurs la prédominance des causes directes sur celles indirectes.

Ainsi, par ordre de fréquence les causes de décès étaient représentées par les hémorragies (55,5%), les causes hypertensives (38,9%) et ses complications puis les causes infections (17,7%). Cette triade est souvent retrouvée dans la littérature africaine [16, 7, 17] et corrobore les résultats de notre étude. On constate que les causes hypertensives étaient au premier rang parmi les diagnostics retenus mais

les hémorragies tuent plus que ces dernières. Ce constat alarmant est lié au fait que ce sont des parturientes après un long séjour dans des postes de santé, mal surveillées, étaient évacuées dans un tableau d'hémorragie avec état choc, et parfois sans voie veineuse, sans transport médicalisé dans le service, où nous ne disposons pas de sang en permanence. Cette mortalité par hémorragie a été retrouvée par Kane à Ndioum [10]. Cette pathologie nécessite à la fois un traitement médical et chirurgical. Les moyens de réanimation sont parfois lourds et souvent insuffisants dans nos hôpitaux. A ce niveau-là se pose le problème de la disponibilité des médicaments, le manque de produits sanguins, les erreurs diagnostiques, l'absence de réanimateur et l'absence d'une prise en charge pluridisciplinaire et surtout chirurgical précoce.

Au deuxième rang des causes de mortalité maternelle, il y'avait les troubles hypertensifs avec 38,9%. L'hypertension artérielle est particulièrement dangereuse de par ses complications, nous avons retrouvé 13 cas de décès maternels (14,5%) par pré éclampsie sévère et 22 cas (24,4%) par éclampsie. Cette létalité importante révèle une défaillance dans la prise en charge de la grossesse pendant les CPN. Dans la mesure où la plupart des patientes ont suivi leur grossesse dans les postes de santé (81,3%), le problème se situe dans le dépistage et le traitement efficace de l'hypertension artérielle et de ses complications.

Ensuite les causes infectieuses (16 cas) soit 17,7% des décès enregistrés. Ce taux était similaire à celui rapporté par Koudjou Takougoum au Mali [9] et largement en dessous des résultats rapportés par Haggat au Darfour [18] et Diop à Kolda [19] qui retrouvent respectivement 38,1% et 33,3% de causes infectieuses. Ces taux importants révèlent des insuffisances dans le traitement et la prévention des infections.

La mortalité maternelle concernait plus les accouchées que les gestantes. Notre proportion de parturientes (85,6%) était supérieure à celle rapportée par Thiam [7]. Cette mortalité pendant l'accouchement témoigne des efforts énormes à consentir pour mieux encadrer et assister l'accouchement, des efforts dans la surveillance du travail (partogramme) et la prise de décision précoce et l'amélioration des conditions d'évacuation sanitaire.

Dans notre pratique, aucun cas de décès maternels n'a fait l'objet d'une autopsie. Ce résultat se rapproche à celui rapporté par Kane [10] à Ndioum où elle n'a été réalisée que dans 3 cas / 90. En plus d'être un acte médico-légal, la réalisation de

l'autopsie permettrait de mieux classer les causes de décès. Cependant à Ziguinchor il y'a plusieurs facteurs techniques (absence de médecin légiste) et socio-culturels (religieux, ethniques, culturels...) qui bloquent la réalisation d'autopsie car souvent considérée comme une profanation. De plus, parfois le fait de demander une autopsie après un décès maternel est souvent mal vu par le personnel de santé qui la considère comme une accusation ce qui fait que certains parents des victimes préfèrent ne pas la demander.

En plus de la mortalité maternelle, la mortalité périnatale reste alarmante. Parmi les 77 patientes qui ont accouché, il y'avait 72 enfants qui étaient décédés soit 80% et la majorité des décès (42,8%) étaient des mort-nés frais. Ces résultats signalent un problème majeur pendant la surveillance prénatale mais aussi une mauvaise gestion de l'accouchement. La prise en charge de ces nouveau-nés issus des patientes décédées est encore problématique car le nombre de pédiatres (au nombre de 3 dans la région) est insuffisant et les unités de prise en charges (crèches) sont souvent indisponibles. La santé de la mère et celle du nouveau-né sont étroitement liées, le décès d'une mère reste problématique pour la survie de l'enfant.

Dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte des séances d'audits sont organisées au sein des hôpitaux de Ziguinchor de façon trimestrielle ou parfois tous les 6 mois. Cependant le problème se situe au niveau de l'application des recommandations qui émanent des audits de décès car on a constaté que les mêmes recommandations sont formulées et répétées dans plusieurs comptes rendus d'audits de décès maternels, sans suivi. Donc aucune avancée considérable n'est obtenue de ces audits ce qui grève encore la riposte.

CONCLUSION

La mortalité maternelle reste un problème de santé majeur en Casamance. Les ratios sont excessifs. Les hémorragies en constituent la première cause, suivies de l'HTA et de ses complications pendant la grossesse. D'autres facteurs relevant de la patiente, de la communauté et de l'organisation sanitaire interviennent également dans la survenue de ses décès maternels. Des efforts doivent obligatoirement être consentis pour une conscientisation de tout un chacun et des décisions fortes prises dans l'optique de réduire les décès maternels dans les Hôpitaux de Ziguinchor.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

1. **USAID, ANSD, CRDH.** Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples
2. **Mbaye M., Guèye S.M.K, Guèye M., et al.** Les SONU au centre niveau II de Rufisque: impact du redéploiement du personnel de la maternité du CHU le Dantec. *Journal de la SAGO* 2006; 7, 1: 5-10.
3. **Traoré A L, Ndiaye F, Diémé MEF.** Etude Analytique des causes de décès maternels au Centre Hospitalier Régional de Thiès (Sénégal). Livre des résumés, congrès de la SAGO/Mali 2010.
4. **Organisation Mondiale de la Santé.** Mortalité Maternelle. Aide-mémoire N°348. Novembre 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/
5. **Traoré B, Théra TA, Kokaina C et al.** Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali étude rétrospective sur 138 cas. *Mali Médical* 2010, 25 (2): 42-47.
6. **OMS.** Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008. OMS., Genève, 2001.
7. **Thiam O.** La mortalité maternelle au Centre de Santé Roi Baudouin Guédiawaye. Thèse Médecine: Dakar; 2010.
8. **Adanlète F.A.** Contribution à l'étude de la mortalité maternelle à Dakar. Thèse Med Dakar, 1977, N° 32.
9. **Koudjou Takougoum L.B.** Etude de la mortalité maternelle dans les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation au CHU du Point G : à propos de 75 cas. Thèse Med, Bamako; 2008, N°54.
10. **Kane C.A.K.** Mortalité maternelle au Centre Hospitalier Régional de Ndioum (Sénégal) : à propos de 42 cas. Thèse Med N°68, Dakar, 2014.
11. **Iloki L.H., G'Balo Spoulou M.V., KPEKPEDE F., et al.** Mortalité maternelle à Brazzaville 1993-1994. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26,163-168.
12. **Diadhiou F.** Expérience Sénégalaise sur la mortalité maternelle dans les pays en développement. In Bouyer J. : Réduire la mortalité maternelle sans les pays en développement. Inserm, Paris, 1989.
13. **Bouhoussou M.K., Djanhan Y., Boni S., KONE N., Wellfens-Ekra C., Touré C.K.** Mortalité maternelle à Abidjan en 1998. *Médecine d'Afrique Noire* 1992; 39, 7: 480-484.
14. **Bouvier-Colle M.** Mortalité maternelle dans les pays en développement: données statistiques et amélioration des soins obstétricaux. *Med Tropicale* 2003 ; 63 : 358-365.
15. **Burnett C.L.** The management of abruption placenta. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth* 1993; 80: 120-124.
16. **Diallo D.** Etude de la mortalité maternelle au cours de la gravidité-puerpéralité à Dakar. Thèse Médecine: Dakar; 1977, N°32.
17. **Aboubakary A.S., Agbeta N., Baeta S., Adama A., et al.** La mortalité maternelle au CHU de Kara: incidence, causes et facteurs de risque. *Journal de la SAGO* 2006; 7,1: 21-25.
18. **Hagggar A.A., Radi E.A., Adam I.** High maternal mortality in Darfur (Sudan). *Int.J. of Gynecology and Obstetrics* 2007; 98: 252-268.
19. **Diop A.** Bilan épidémiologique et clinique des activités gynécologiques et obstétricales d'urgence en zone sémi-rurale (Kolda) : une étude rétrospective au centre de santé de Kolda. Thèse Med N° 118, Dakar, 2004.