

MORTALITE MATERNELLE HOSPITALIERE AU COURS D'UNE DECENNIE A ABIDJAN AVANT LES OBJECTIFS DU DEVELOPPEMENT DURABLE DE 2015

K.E. AKA, A. HORO, A. KOFFI, K. SENI, M. KONE

RESUME

Objectif : documenter les séries hospitalières de décès maternels à Abidjan sur une décennie.

Matériels et méthode : nous avons réalisé une étude rétrospective, menée pendant 10 ans (Janvier 2004 à Décembre 2013) dans les maternités des Centres hospitaliers et universitaires (CHU) de Yopougon, de Cocody et de Treichville à Abidjan. Ont été inclus, tous les décès survenus dans le service avec un dossier médical, figurant dans les registres et répondant à la définition de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'OMS. Les dossiers incomplets ou non correctement remplis ont été exclus. Le recueil des données a été réalisé sur un questionnaire standardisé. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel EPI Data version 1.4.4.4.

Résultats : nous avons enregistré 1333 décès maternels selon les critères d'inclusions et 45862 naissances vivantes, soit un taux de mortalité de 2906 décès pour 100.000 naissances vivantes. L'âge moyen des patientes décédées était de 28 ans. La moitié des patientes décédées (41,26% d'entre elles n'avaient jamais fait de CPN. Les patientes décédées provenaient en majorité des maternités périphériques des 3 CHU d'Abidjan (43,59%). La période principale de survenue des décès maternels était le post partum (66,54%). Parmi les causes obstétricales directes, les hémorragies représentaient 50,56% des cas.

Conclusion : Le ratio de mortalité maternelle hospitalière dans le district d'Abidjan était élevé. La réduction de la mortalité maternelle nécessite une approche plurisectorielle, au niveau de l'état, du personnel de santé et de la communauté.

Mots-clés : Décès maternel ; Rapport ; Etiologies obstétricales ; Côte d'Ivoire.

SUMMARY

Maternal hospital mortality over a decade in Abidjan before the 2015 Sustainable Development Goals

Objective: to document the hospital series of maternal deaths in Abidjan over a decade.

Materials and method: we carried out a retrospective study, conducted for 10 years (January 2004 to December 2013) in the maternities of the Hospital and University Centers (CHU) of Yopougon, Cocody and Treichville in Abidjan. Were included, all deaths occurring in the service with a medical file, appearing in the registers and meeting the definition of the International Classification of Diseases (ICD 10) of the WHO. Incomplete or incorrectly completed files were excluded. Data collection was carried out using a standardized questionnaire. Data entry and analysis were done using Epi Data software version 1.4.4.4.

Results : we recorded 1333 maternal deaths according to the inclusion criteria and 45862 live births, i.e. a mortality rate of 2906 deaths per 100,000 live births. The average age of deceased patients was 28 years. Half of the deceased patients (41.26% of them had never had an ANC. The majority of the deceased patients came from the peripheral maternity wards of the 3 Abidjan University Hospitals (43.59%). The main period of onset of the Maternal death was postpartum (66.54%) Among the direct obstetric causes, haemorrhage accounted for 50.56% of cases.

Conclusion : the hospital maternal mortality ratio in the district of Abidjan was high. Reducing maternal mortality requires a multidisciplinary approach, at the level of the state, health personnel and the community.

Keywords: Maternal death; Ratio; Obstetric etiologies; Ivory Coast.

INTRODUCTION

La plupart des décès pourrait être évitées si des mesures de préventions étaient prises et si les soins nécessaires étaient disponibles [1]. Depuis 1990, on enregistre annuellement plus de 500 000 décès maternels à l'échelle mondiale [2]. L'Afrique et l'Asie regroupent 95% des décès maternels, et c'est en Afrique subsaharienne que les taux sont les plus élevés. De ce fait, la santé de la mère et de l'enfant en Afrique est qualifiée par la plupart des auteurs de préoccupante [3]. Le taux de mortalité maternelle

dans le monde a reculé de 38 % entre 2000 et 2017, pour passer de 342 à 211 décès pour 100 000 naissances vivantes. En dépit de ces progrès, 295 000 femmes dans le monde sont mortes des suites d'une grossesse ou d'un accouchement en 2017. Là encore, c'est l'Afrique subsaharienne qui possède le taux de mortalité maternelle le plus élevé parmi les sept régions du monde, avec 534 décès pour 100 000 naissances vivantes [4].

Aussi en 2000, 193 Etats membres de l'ONU ont adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visaient de manière

Tirés à part : AKA Kacou Edele, Maître-Assistant, Université Félix Houphouët Boigny (FHB), Abidjan, Côte d'Ivoire. Service de Gynécologie-Obstétrique CHU de Yopougon

AKA K.E., HORO A., KOFFI A., SENI K., KONE M. Mortalité maternelle hospitalière au cours d'une décennie à Abidjan avant les objectifs du développement durable de 2015. Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°2, p.31-35.

générale à améliorer les conditions de vie des populations issues des pays les plus pauvres ; et en particulier l'ODM5 : « améliorer la santé maternelle » en réduisant de trois quart le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 [5,6]. Ainsi, En 2015 sont publiés les ODD qui prennent la suite de ces objectifs.

Malgré les efforts entrepris par son gouvernement, la Côte d'Ivoire figure parmi les pays africains ayant un taux élevé de décès maternel estimé à 614 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2012 [8]. Dans ce contexte, il nous a paru judicieux d'évaluer les indicateurs de décès maternels et d'en dégager les causes et facteurs.

I. MATERIELS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive, menée pendant 10 ans (janvier 2004 à décembre 2013) dans les services de gynécologie et d'obstétrique des Centres hospitaliers et universitaires (CHU) de Yopougon, de Cocody et de Treichville à Abidjan. Elle a intéressé toutes les patientes admises en salle d'urgence gynécologique et obstétricale et en salle d'accouchement quel que soit le motif de consultation. Ont été inclus, Tous les décès survenus dans le service avec un dossier médical, figurant dans les registres et répondant à la définition de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'OMS [1]. Les décès survenus lors du transfert des patientes avant leur admission dans le service (arrivée décédée), tous décès répondant à la définition de l'OMS mais dont les dossiers étaient incomplets ou non correctement remplis ont été exclus de notre étude. Les caractéristiques épidémiologiques de la population, les modalités de l'admission et les données étiologiques ont constitué les principales variables étudiées. Le recueil des données a été réalisé sur un questionnaire à partir des dossiers des patientes décédées, des registres de décès maternels, d'hospitalisation et des bilans des salles d'accouchement. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel EPI Data version 1.4.4.4, Excel et Word sous Windows 2007.

II. RESULTATS

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 1333 décès maternels selon les critères d'inclusions et 45.862 naissances vivantes, soit un taux de mortalité de 2906 décès pour 100.000 naissances vivantes. L'incidence annuelle de la mortalité maternelle est variable d'un Centre hospitalier universitaire à un autre avec un pic pour le CHU de Treichville en 2010. L'âge moyen des patientes décédées était de

28 ans avec des extrêmes allant de 14 à 50 ans. Près de la moitié d'entre elles (41,26%) d'entre elles n'avaient jamais fait de consultation prénatale (CPN). Les patientes décédées provenaient en majorité des maternités périphériques des 3 CHU d'Abidjan (43,59%) La majorité des patientes (67,15%) a été admise dans un état précaire (état général altéré, état de choc, troubles de la conscience, coma) (Tableau I).

Tableau I : Parcours des patientes décédées

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Mode d'évacuation		
Référée/évacuée	1190	89,27
Venue d'elle-même	143	10,73
Provenance de l'évacuation		
Maternité périphérique	581	43,59
Hôpital général d'Abidjan	395	29,63
F.S. du district d'Abidjan	96	7,2
Hors d'Abidjan	119	8,92
Domicile	142	10,65
Moyen logistique d'évacuation		
Transport médicalisé	620	46,51
Transport non médicalisé	713	53,49
Motif d'admission		
Anémie	101	7,58
Convulsions	99	7,43
AEG	104	7,8
Dystocie	97	7,28
Eclampsie/HTA	276	20,71
Hémorragie	368	27,6
Infection	20	1,5
IVG	19	1,43
Pathologie médicale et grossesse	6	0,45
Travail spontané	64	4,8
Autres*	179	13,43
Etat clinique a l'admission		
Bon état général	438	32,85
Etat général altéré	253	18,98
Etat de choc	418	31,35
Troubles de la conscience	146	10,95
Coma	78	5,85

* : Vomissement, céphalée, vertige.

La période principale de survenue des décès maternels était le post partum (66,54%). Parmi les causes obstétricales directes, les hémorragies étaient au premier plan des causes de décès maternels avec 50,56% des cas. (Tableau II).

Tableau II : Analyse des décès maternels

Paramètres	Effectif (n)	%
Moment du décès selon la gestation		
Post abortum	108	8,1
post partum	887	66,54
Per partum	132	9,91
Anté partum	206	15,45
Causes obstétricales des décès maternels		
Causes directes		
Hémorragies	674	50,56
HTA et complications	267	20,03
Infections puerpérales	100	7,5
Complications des avortements	57	4,28
Dystocie	5	0,37
Causes indirectes		
Anémie	84	6,3
Paludisme	32	2,4
Broncho-pneumopathie	11	0,83
Embolie pulmonaire	25	1,87
Toxoplasmose	25	1,87
OAP	12	0,9
Autres	41	3,08
Évitabilité des décès maternels		
Évitable	1203	90,2
Inévitable	130	9,7

III. DISCUSSION

1. Rapport de mortalité

Le rapport de mortalité maternelle retrouvé au cours de notre période d'étude est de 2906 décès pour 100.000 naissances vivantes. Ce ratio est très élevé comparé au taux national de 614 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les statistiques sanitaires de 2012 [9]. En Afrique sub-saharienne, les rapports de mortalité maternelle les plus élevés sont établis dans les maternités de référence [10,11]. Ces établissements drainent généralement les urgences obstétricales les plus sévères du pays. Ce sont souvent des urgences extrêmes dont le pronostic vital est compromis par les conditions d'évacuation, les délais de transfert et nécessitant une prise en charge rapide. Cette situation conduit à une surévaluation du rapport de mortalité maternelle. Les chiffres publiés par les nombreux auteurs africains dans les maternités de référence en Afrique illustrent bien ce phénomène. Ainsi, une étude à Bamako [12], avait noté 2031 décès pour 100 000 naissances vivantes. Lankoandé [13] notait 4110 décès pour 100 000 NV à Ouagadougou. Une étude antérieure réalisée en 2012 en monocentrique dans un centre de référence à Abidjan observait 2388 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012 [14].

2. Facteurs de risque

Dans notre série, la grande majorité des femmes décédées (48,24%) avait effectué ses CPN dans les maternités périphériques. Ceci pose le problème de l'accessibilité des établissements de santé et de la qualité des soins qui y sont dispensés. Il s'agit en occurrence de l'insuffisance des centres de référence et du manque de compétence de certaines sage-femmes qui réalisent le plus souvent les CPN dans les maternités périphériques, D'où la notion du 2^{ème} et 3^{ème} retard selon Mwangaza Action [15]. Avec une moyenne de 3,7 CPN, la majorité des patientes décédées (41,26%) n'avaient fait aucune CPN dans notre étude. Il s'agit en effet de femmes n'ayant en général pas bénéficié de détection d'une pathologie associée à la grossesse. Ainsi donc on constate qu'une absence ou un mauvais suivi prénatal constitue un facteur de risque. L'importance de la CPN réside dans le diagnostic précoce des pathologies au cours de la grossesse et la référence à temps pour leur prise en charge [14].

Dans notre série, 89,27% des femmes décédées ont été évacuées. Le plus souvent en provenance des maternités périphériques dans 49,59% des cas. Cette observation est en accord avec des données de la littérature qui ont relevé respectivement 88,57%, 96,5%, 80,76% et 82,3% de femmes évacuées [16, 17]. Cependant certains taux concernant la provenance des femmes des maternités périphériques sont élevés, soit respectivement 82,9% et 79%. Ce taux élevé de transfert s'explique par le faible taux de couverture sanitaire. C'est ainsi qu'à Abidjan, on note une insuffisance des centres pouvant offrir les SONU complets. En effet, pour une population de plus de 5 millions d'habitants en 2013 à Abidjan, il n'existait que 4 centres de référence fonctionnant 24 heures sur 24. Selon l'OMS, il faut 1 service de référence pour 500.000 habitants. Par conséquent, il faudrait 9 centres de référence au lieu de 4 à Abidjan. Le taux élevé de femmes décédées en provenance des maternités périphériques (43,59%) se conçoit plus aisément lorsqu'on sait que ces maternités sont plus accessibles à la population que les centres de référence. Malheureusement la prise en charge dans ces maternités est défectueuse très souvent. En ce qui concerne le motif d'admission, la majorité des patientes soit 27,6% étaient évacuées pour hémorragie. Ainsi donc, d'un point de vue général, les hémorragies constituent les motifs d'évacuations les plus fréquents. Cela explique le fait que l'hémorragie soit la principale cause de décès maternels en Côte d'Ivoire [14, 16]. De plus, 67,15% des patientes référés arrivaient le plus souvent dans un état précaire comme le montre nos chiffres : état de choc (31,35%), mauvais état général (18,98%), trouble de la conscience (10,95%) et coma (5,85%). Nos résul-

tats concordent avec ceux de la littérature [17]. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs : d'une part la distance séparant les CHU des maternités urbaines, le manque de moyen financier des parents, la difficulté à trouver un moyen de transport notamment pour les évacuations et d'autre part le comportement de certains agents de santé qui évacuent toujours très tardivement les patientes [14, 16].

CONCLUSION

Le ratio de mortalité maternelle dans le district d'Abidjan était élevé. Le plus grand nombre de décès a été enregistré dans le post partum. Par ailleurs, les principales causes des décès étaient essentiellement les hémorragies, l'HTA et ses complications, les infections, l'anémie et le paludisme. La réduction de la mortalité maternelle nécessite une approche pluridisciplinaire, au niveau de l'état, du personnel de santé et de la communauté.

REFERENCES

- Bonnet M.P.** Hémorragie du postpartum : profil épidémiologique et évaluation des pratiques d'anesthésie-réanimation en France. Thèses. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI (29/01/2014), [oai:tel.archives-ouvertes.fr:tel-00978795] - <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00978795>.
- Yang S, Zhang B, Zhao J, Wang J, Flick L, Qian Z, Zhang D, Mei H.** Progress on the maternal mortality ratio reduction in Wuhan, China in 2001-2012. *PLoS One*. 2014 Feb 21;9(2):e89510. doi: 10.1371/journal.pone.0089510. eCollection 2014.
- El Arifeen S, Hill K, Ahsan KZ, Jamil K, Nahar Q, Streatfield PK.** Maternal mortality in Bangladesh: a Countdown to 2015 country case study. *Lancet*. 2014 Jun 27. pii: S0140-6736-(14)60955-7. doi: 10.1016/S0140-6736-(14)60955-7. [Epub ahead of print]
- Organisation Mondiale de la Santé.** Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017: estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation 2019 (No. WHO/RHR/19.23).
- Organisation Mondiale de la Santé.** Mortalité maternelle en 2005. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, Geneve, 2008, 46p.
- Mohamed Lamine KEITA, Hawa TOURE.** Estimation et analyse de la variation spatiale du risque de mortalité maternelle en Guinée. Centre Population et Développement (CePeD) Paris 2008
- Gérardin, H., Dos Santos, S. Gastineau, B.** Présentation. Des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD) : la problématique des indicateurs. *Mondes en développement* 2016, 174, 7-14. <https://doi.org/10.3917/med.174.0007>)
- Estimation de la Mortalité Maternelle in Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2011-2012** : 324p disponible sur <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr272/fr272.pdf> consulté le 08/10/2022.
- Dr Fayé Essetchi,** gynécologue à la polyclinique des deux-plateaux : « il est possible de freiner la mortalité maternelle ». Société— 26 octobre 2013, COUV N°2721.
- Bahibo Hans Issac.** Audit des décès maternels au CHU de Yopougon, à propos de 35 cas (mai 2003-décembre 2003) ; Thèse Med : Abidjan, 13 mai 2004
- Marion ALBOUY-LLATY.** Indicateurs de santé; IFSI 29 octobre 2009.
- UNICEF.** La situation des enfants dans le monde, la sante maternelle et néonatale. 2009.
- Lefèvre P, Brucato S, Mayaud A, Morello R, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH, Dreyfus M.** Évaluation de la mise en place d'une prise en charge régionale des hémorragies du postpartum par un audit des cas graves : étude avant-après (2002–2005). *J.Gynecol. Obstet Biol Reprod.*, 2009, 38 : 209-219.
- Koudjou Takougoum Laures Blaise** : Etude de la mortalité maternelle dans les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation au CHU du point « G » : à propos de 73 cas. Thèse, Med, Bamako ; 2008.
- Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH.** Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007. *French National Experts Committee on Maternal Mortality. Obstet Gynecol.* 2013 Oct;122(4):752-60. doi: 10.1097/AOG.0b013e31829fc38c.
- Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA.** Women age as a risk factor for maternal, fetal, neonatal and infant mortality. *Rev Med Chil.* 2014 Feb;142(2):168-74. doi: 10.4067/S0034-98872014000200004.
- Cristina Rossi A, Mullin P.** The etiology of maternal mortality in developed countries: a systematic review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Jun;285(6):1499-503. doi: 10.1007/s00404-012-2301-y. Epub 2012 Mar 28.
- Labib Ghulmiyyah, Baha Sibai.** Maternal Mortality From Preeclampsia/ Eclampsia. *Seminars in Perinatology* . Vol.36 (1), PP 56–59, February 2012.

19. **Payne BA, Hutcheon JA, Ansermino JM, Hall DR, Bhutta ZA, et al.** A Risk Prediction Model for the Assessment and Triage of Women with Hypertensive Disorders of Pregnancy in Low-Resourced Settings: The miniPIERS (Pre-eclampsia Integrated Estimate of RiSk) Multi-country Prospective Cohort Study. *PLoS Med* 11(1): e1001589. doi:10.1371/journal.pmed.1001589(2014).
20. **MWANGAZA ACTION, USAID, AWARE, UNICEF** ministère de la santé du Niger, le réseau pour l'éradication des fistules, Manuel de formation des relais communautaire en santé maternelle et néonatale et en techniques de communication. . Mars - Avril 2008.
21. **Baldé IS, Diallo FB, Diallo Y, Diallo A, Diallo MH, Camara MK, Sy T, Diallo MS.** Intrapartum obstetrical transfers: sociodemographic, clinical and prognosis aspects in Conakry, Guinea. *Med Trop (Mars)*. 2011 Dec;71(6):628-9.
22. **AA Diouf, M Diallo, M Mbaye, SD Sarr, ME Faye-Diémé, JC Moreau, A Diouf.** Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: À propos de 62 cas ; *Rev Franc. Gynecol. Obstet* 2014 ,vol 16(1).