

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE DÉCÈS MATERNELS À LA MATERNITÉ DU CHU DE YOPOUGON À ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE).

**HORO APOLLINAIRE G¹, FANNY MOHAMED¹, TOURE-ECRA FATOUMATA²,
MENIN-MESSOU M³, DIABATÉ FOUSSENI⁴.**

1-Maître-assistant / service de gynécologie obstétrique CHU

de Yopougon (Pr Koné Mamourou)

2- Maître de conférence agrégé

3-Assistant chef de clinique

4- Médecin anesthésiste- Assistant Hospitalier

Correspondance : Docteur Horo Apollinaire,

E-mail : horoapollinaire@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Contexte : La mortalité maternelle constitue un véritable problème de santé publique dans les pays en développement. En Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle était estimé à 597 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998.

Objectif : Identifier les causes de décès et leurs facteurs par l'analyse des dysfonctionnements afin de contribuer à la performance de notre maternité.

Patients et méthodes : une étude prospective type revue de cas de décès maternels menée de mai à décembre 2004.

Résultats : 35 décès ont été constatés pour 935 naissances vivantes soit un taux de mortalité maternelle de 3598 pour 100 000 naissances vivantes. Il s'agissait de femmes jeunes entre 15 et 35 ans (88,58%), multipares (45,72%), sans revenu (71,4%) qui avaient un mauvais suivi prénatal (71,43%). La principale cause de décès était l'hémorragie (37,14%). Les dysfonctionnements décelés étaient le retard à la prise de décision pour la consultation initiale (71,88%), le retard pour se rendre dans le centre de santé (42,86%) et le retard dans la prise en charge (31,43%). 100% des décès étaient évitables.

Conclusion : la revue des décès maternels a révélé l'hémorragie comme principale cause et les dysfonctionnements portaient sur les longs délais pour la consultation au centre de santé, le transport et la prise en charge. Selon les recommandations de l'étude, des kits opératoires d'urgence et une unité de gestion des produits sanguins ont été mis en place.

Mots-clés : obstétrique, mortalité maternelle, revue de décès, Afrique.

SUMMARY

Background : the maternal mortality constitutes a acute public health care problem in the developing country. Côte d'Ivoire's rate of maternal mortality was estimated to 597 deceases for 100 000 alive childbirth in 1998.

Gold : to identify causes of decease and cares management dysfunctions

Methodology : a prospective study marks maternal decease review led in May to December 2004.

Results : 35 deceases have been established for 935 alive childbirth so maternal mortality rate was 3598 for 100 000 alive childbirth. Young women between 15 and 35 years (88.58%), multiparous (45.72%), poor (71.4%) with bad prenatal care (71.43%) were concern. The principal cause of decease was genital bleeding (37.14%). Decease review has disclosed care management dysfunctions: 71.88% of delay to decide the need initial consultation, the 42.86% to go at maternity, and 31.43% for the care at maternity. 100% of decease was avoidable decease.

Conclusion : Decease review notified haemorrhage as main cause of maternal death and care management dysfunctions were about long delay of decision for initial consultation; to reach maternity and care initiation. The review offer solutions of the setting of the maternal mortality (blood transfusion unit, urgency surgery kits)

Key words : obstetrics, maternal mortality, review of decease, Africa.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle constitue un véritable problème de santé publique dans les pays en développement et le risque d'y mourir pour une cause liée à la grossesse et à l'accouchement se situe entre 1/5 et 1/50 contre 1/4000 et 1/50000 dans les pays développés (13, 14). De plus, cette mortalité ne semble pas avoir évolué depuis deux décennies, y compris dans les grandes métropoles des pays en voie de développement où pourtant, est non seulement concentrée la quasi-totalité des personnes qualifiées mais aussi où sont réunis les moyens techniques. C'est pour cela que la plupart des auteurs sont unanimes pour dire que la santé maternelle est très révélatrice du statut des femmes, de leur accès aux soins de santé et de la capacité du système de santé à répondre à leurs besoins (12).

En Côte d'Ivoire (Afrique de l'ouest), le taux de mortalité maternel est estimé à 597 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les statistiques sanitaires de 1998 (9). Cette proportion quoique élevée est vraisemblablement sous estimée. En effet, comme dans la plupart des pays en développement il n'existe pas de système fiable de déclaration et d'enregistrement des décès maternels. Cependant il faut noter qu'il ne suffit pas de connaître les données de la mortalité maternelle; il faut nécessairement en comprendre les déterminants.

Cette démarche nous a permis, d'aller au-delà des données chiffrées, d'identifier les causes de décès et les facteurs en déterminant les dysfonctionnements. L'objectif était de faire des recommandations pour la réduction de la mortalité maternelle dans notre établissement de soins.

PATIENTS ET METHODE

Une étude prospective de type descriptive s'est déroulée en 08 mois, de mai à décembre 2004 à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique (SGO) du CHU de Yopougon. Il s'agit d'une maternité de référence recevant les patientes évacuées des centres de santé périphériques sur un rayon d'environ 200 km. Elle est située à l'entrée nord de la ville d'Abidjan (capitale économique de la Côte d'Ivoire), dans la commune de Yopougon. Cette banlieue est la plus grande d'Abidjan elle compte environ 2 millions d'habitants.

A été pris en compte pendant la période d'étude, tout décès survenu dans le SGO selon la définition de l'OMS. Tous les décès survenus

en dehors du SGO ou pendant le transfert ont été exclus.

MÉTHODE D'ÉVALUATION

Plusieurs méthodes sont utilisées pour l'identification des causes de décès (5): l'autopsie verbale qui est l'étude sur les décès maternels dans la communauté, la revue des décès maternels ou l'étude des décès dans les établissements de soins, l'enquête confidentielle sur les décès maternels, l'enquête sur la morbidité grave ou échappées belles, l'audit clinique.

Toutes ces méthodes présentent des avantages et des inconvénients selon l'objectif poursuivi. Il faut cependant noter que l'enquête confidentielle demande une infrastructure lourde et sa mise en œuvre dans les pays en développement est difficile. Par ailleurs l'autopsie verbale est mise en jeu dans les cas de décès en dehors des établissements de soins. Dans notre contexte de soins nous avons opté pour la revue des cas de décès maternels.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Un fichier de saisie ou fiche de revue a été rempli à partir des dossiers de malades, des registres d'admission, de la fiche de synthèse de la séance de revue, de l'interview des parents. Ainsi 35 cas de décès ont été enregistrés pour 1516 admissions.

L'inclusion des décès maternels s'est faite au fur et à mesure que les décès survenaient. Les dossiers ont été discutés en réunion hebdomadaire de revue. L'équipe du service de gynécologie obstétrique comprenait: 4 gynécologues, 2 sages femmes, 2 aides-soignantes, 2 infirmiers, un pharmacien, la surveillante d'unité de soins, un administrateur.

LA SÉANCE DE REVUE

Elle se déroulait selon un canevas précis et reposait sur trois personnes clés : le présentateur, le modérateur et le rapporteur. La séance était caractérisée par trois grands moments :

le suivi de la mise en œuvre des mesures prises à l'audit précédent.

la présentation et l'analyse approfondie de la prise en charge de la patiente, sur la base d'un dossier de revue, les données médicales et de l'entretien approfondi avec la famille.

- L'identification des dysfonctionnements, des facteurs évitables de décès, la proposition de mesures correctrices, l'élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre.

Les variables étudiées

Le premier retard : c'est le retard pris par la patiente dans la prise de décision pour la consultation initiale.

Deuxième retard : c'est le retard pris par la patiente pour rallier le centre de santé.

Troisième retard : c'est le retard accusé par le personnel du centre de santé pour la mise en route du traitement.

RESULTATS

LA MORTALITÉ MATERNELLE

Sur la période de 08 mois, nous avons enregistré 35 décès maternels pour 936 naissances vivantes soit un taux de décès maternel de 3598 pour 100 000 naissances vivantes, avec une moyenne de 4 décès par mois.

CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'âge moyen des patientes décédées était de 26 ans avec des extrêmes de 16 et 45 ans. On observe une fréquence maximale (88,58 %) dans la tranche d'âge de 15 à 35 ans.

Le nombre de décès augmente avec la parité allant de 17,14% chez les primipares à 45,72% chez les multipares. La parité moyenne était de 1,25.

14 patientes décédées soit 40 % de nos cas étaient non scolarisées et aucune de nos patientes n'avait effectué des études supérieures. Les autres mères décédées étaient des niveaux primaire (22,86%) et secondaire (37,14%).

Les femmes au foyer avec 71,43% des cas représentaient le corps social le plus représenté dans notre série

CARACTÉRISTIQUES DE LA GROSSESSE

Concernant le suivi prénatal des patientes décédées, le nombre des consultations prénatales variait entre 0 et 6 avec une moyenne de 1,66. Seulement 28,57% des patientes décédées avaient un bon suivi prénatal. 51,43 % avaient une mauvaise surveillance prénatale et 20% n'avaient effectué aucune consultation prénatale.

31 patientes soit 88,57 % des patientes avaient été référées; elles provenaient de la commune d'Abidjan (26/31) et hors commune d'Abidjan (> 30 km du SGO): 4,70%

L'évaluation du temps effectué pour la prise en charge aux différents niveaux de soins est indiquée dans le tableau n°I.

Tableau n°I : Evaluation du temps de prise en charge aux différents niveaux de soins.

	DELAI	n (%)
Consultation initiale N = 32	<1h	9 (28,13)
	1h-12h	27 (53,13)
	13h-24h	01 (3,13)
	≥24h	05 (15,63)
Temps entre centre périphérique et centre de référence N = 35	< 30 min	12 (39,29)
	30 min - 1h	13 (37,14)
	1h - 2h	3 (8,87)
	> 2h	7 (20)
Temps de prise en charge au centre de référence N = 35	< 5min	11 (31,43)
	[5 -15[min	9 (25,71)
	[15 - 30[min	9 (25,71)
Temps entre admission et décès N = 35	≥ 30min	6 (17,15)
	5min - 30min	3 (8,57)
	30 min - 1h	6 (17,14)
	1h - 6h	10 (28,57)
	6h - 12h	5 (14,28)
	12h - 24h	5 (14,28)
> 24h	6 (17,14)	

Le retard dans la prise de décision pour la consultation initiale pouvait aller au-delà de 24h, le temps pour rallier le centre de santé était de plus de 30 min et la prise en charge se faisait dans les 15 min.

Le délai moyen de consultation au centre de santé périphérique était de 18h 33 mn. On notait que seuls 9 patientes soit 28,13 % des cas avaient consulté un centre périphérique moins d'une heure après le début de la symptomatologie. 12 patientes soit 34,29% des cas avaient mis moins de 30 mn pour se rendre au centre de référence, avec une durée moyenne de trajet de 4h10mn et des extrêmes de 5 mn et 3 jours. La majorité des patientes décédées soit 88,57 % ont eu un transfert non médicalisé. Au centre de référence 11 patientes (31,43 %) ont été examinées moins de 05 minutes après leur admission. Le délai moyen était de 22 minutes entre l'admission et le premier examen. Nous avons observé, cependant que 25,71% des patientes étaient décédées dans l'heure qui avait suivi leur admission. Le tableau n°II.

Tableau n°II : Répartition des décès selon le motif d'admission

MOTIF D'ADMISSION	n (%)
Hémorragies	13 (37,14)
Pathologies médicales et grossesse	09 (25,71)
HTA et complications	07 (20)
Dystocies	04 (11,42)
Travail spontané	02 (5,71)

L'hémorragie représentait le principal motif d'admission au centre de référence (37,14%) suivi des pathologies associées à la grossesse (25,71%) montre que l'hémorragie avec 37,14% des cas représentait le principal motif d'admission au centre de référence. Elle était également la principale cause de décès dans 40% des cas (tableau n°III).

Tableau n°III : Répartition des décès selon la cause

CAUSES	n (%)
Hémorragies	14 (40)
HTA et complications	06 (17,14)
Infections puerpérales	04 (11,43)
Complications des avortements	03 (8,57)
Dystocies	04 (11,43)
Autres*	04 (11,43)

* anémie (2), neuropoludisme (1), bronchopneumopathie (1)

La principale cause de décès était l'hémorragie dans 40% des cas.

La revue a permis de déceler les différents dysfonctionnements observés dans la prise en charge des patientes. Ainsi concernant le premier retard qui correspond au retard à la prise de décision de consulter, il était observé

chez 71,88% des cas de décès. Le deuxième retard ou retard à l'évacuation vers un centre de référence représentait 42,86% des décès. On notait 31,43% de dysfonctionnements pour le troisième retard.

LES FACTEURS DES DYSFONCTIONNEMENTS

Les raisons évoquées par les parents pour expliquer le premier retard étaient l'ignorance (57,14%), les raisons économiques (35,72%), et l'absence de moyens de transports (7,14%). Le second retard serait dû au manque de moyens financiers pour 40,01%, à l'indisponibilité de l'ambulance (26,66%) et à l'attitude des prestataires de santé pour 33,33%. Le troisième retard serait en rapport avec l'indisponibilité du personnel de garde à cause d'une autre urgence ou d'une intervention chirurgicale en cours (18,18%), ou de la mauvaise organisation du travail (45,46%), et enfin à cause l'attitude du personnel (36,36%).

Au terme de l'audit il a été noté que 100% des décès étaient évitables.

DISCUSSION

Les causes de décès sont univoques; les femmes meurent partout dans le monde des mêmes causes (3, 8, 12); seules les proportions varient d'un pays à l'autre. L'hémorragie vient en tête dans les pays Africains (2, 6). Dans notre série l'hémorragie est la cause de 40% des décès.

Les résultats de l'analyse de la revue des décès ont montré que 100% des décès de notre série étaient évitables. Pour la plupart des auteurs 75 à 90% des décès maternels sont évitables si l'on applique à bon escient les soins de santé appropriés à la nature de la maladie et au niveau des soins (3, 6, 10). La mort maternelle n'est donc pas une fatalité, elle est souvent en rapport avec une défaillance humaine ou technique. Pour la réduire, il faut comprendre et analyser les processus ou tous les écarts de l'organisation des soins qui aboutissent au décès. Le modèle d'analyse proposé par l'OMS est celui des trois retards. Concernant le premier retard ou le délai de la consultation initiale dans notre série, la revue a révélé des dysfonctionnements dans 71,88% des cas, seuls 28,57% des patientes décédés ont effectué leur première consultation dans l'heure d'apparition des premiers symptômes. Ce dysfonctionnement est en rapport avec l'ignorance des signes d'alerte par la patiente ou sa famille (57,14%). En effet il s'agit d'une population peu

ou non scolarisée (62,86%) qui fréquente peu les centres de santé (51,43% de mauvais suivi prénatal). L'absence ou l'insuffisance de moyens financiers pour assurer les soins est également évoqué par les familles (35,75%) et enfin le manque de moyens de transport pour 7,14%. Le premier retard constitue l'un des principaux facteurs de décès notamment dans les urgences obstétricales où le temps est un facteur pronostic capital. Bara (1) au Sénégal rattache 36% des décès au premier retard; quand pour Gunawan (7) en Indonésie ce retard explique 76,7% des décès. Tous ces éléments montrent l'importance de la communication pour le changement de comportement (CCC) auprès des populations concernant la prise en charge de la grossesse et de ses complications. Par ailleurs nos Etats doivent nécessairement améliorer l'accessibilité géographique et financière des centres de santé afin de réduire ce premier retard. Le retard à l'évacuation vers le centre de référence intervient pour 42,86% des décès. Ce retard serait dû aux contraintes financières, à l'absence de moyens de transport, tout ceci contribue à allonger les délais de transfert (durée moyenne de 4h10 min). Il faut signaler également l'attitude du personnel référant dans l'ampleur de ce 2^{ème} retard. 88,57% des évacuations ont lieu par transport non médicalisé. Tous ces facteurs expliquent que 25,71% des femmes décèdent dans l'heure de leur admission. Dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire la construction d'autres maternités chirurgicales avec du personnel suffisant et formé permettrait de réduire considérablement les évacuations. Lankoande au Burkina Faso (11) et Gunawan (7) en Indonésie trouvent respectivement 29% et 36,7% des cas de décès en rapport avec un retard à la prise en charge à l'admission. Dans notre série 31,43% des femmes décédées ont été examinées après plus de 15 min. Ce dysfonctionnement est en rapport avec l'attitude du personnel soignant ou avec l'organisation du travail. Ce retard a été signalé également par Prual (12) dans l'enquête sur la mortalité maternelle dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest. La mauvaise organisation des soins est un handicap important dans la réduction de la mortalité. En l'occurrence dans notre structure l'absence de banque de sang et de kits d'urgence opératoire a grevé fortement le pronostic des mères, quand on sait que l'hémorragie est la première cause de décès maternel.

A l'issue de la revue les recommandations suivantes ont été formulées aux autorités sanitaires. Concernant les formations sanitaires d'amont, l'amélioration de l'accessibilité aux

soins, la formation continue du personnel notamment en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), l'introduction dans les séances de CCC du dépistage et de la reconnaissance des signes d'alerte d'où maintenant le concept de CPN recentré. Enfin, il a été demandé la mise en place d'une unité de gestion du sang et des kits d'urgence opératoire gratuits et un laboratoire fonctionnel pour les gardes.

Les séances de revue de décès maternel ont permis de faire un plaidoyer auprès de l'administration sanitaire. Il a été obtenu un mois plus tard, la mise en place d'une unité de gestion des dérivés sanguins, une ligne budgétaire mensuelle permettant de disposer de 100 kits d'urgence opératoire pour les personnes démunies, un chariot d'urgence pour les premiers gestes de réanimation et la fonctionnalité du laboratoire central. Par ailleurs les agents de santé ont compris que la qualité des soins prodigués aux femmes est un déterminant essentiel de l'issue de la grossesse et que le simple fait de modifier les pratiques permettrait de sauver de nombreuses vies. Ils ont donc décidé d'améliorer les délais de prise en charge en mettant en place en admission un système d'alerte de toute l'équipe de garde pour les urgences vitales.

CONCLUSION

La revue des décès maternels a révélé l'hémorragie comme principale cause (40%) et les dysfonctionnements portaient sur les longs délais pour la consultation au centre de santé, le transport et la prise en charge. Les raisons évoquées étaient l'ignorance des signes d'alerte (57,14%), le manque de moyens financiers (40,01%), l'indisponibilité et l'attitude du personnel de santé (33,33%).

Selon les recommandations de l'étude, des kits opératoires d'urgence et une unité de gestion des produits sanguins ont été mis en place.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bara D, Croyances et attitudes relatives à la grossesse, à la maternité et à la santé des mères en Afrique, *Med. Afr Noire*, 1998;10(5):150-153.
- Bohoussou KM, Koné N, Bokossa E, Welffens E, Touré K, Tonneau P, La mortalité maternelle à Abidjan (Côte d'Ivoire) de 1988 à 1993. *Med. Afr Noire*, 1995;42(11):57-60.
- Bouvier-Colle MH, Mortalité maternelle, EMC, Obstétrique, 5-082-D-10, Elsevier, Paris, 1994:6.
- Département santé et recherche génésiques, organisation mondiale de la santé, Au-delà des nombres, examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse, éd OMS Genève 2004; 11-13.

- Diallo F B, Diallo M S, Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie, *Med Afr Noire*, 1998 ; 45(12) : 125-129.
- Fourn L, Lokossou P, Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département du Bénin, *Med. Afr. Noire*, 2000;47 (1):40-43.
- Gunawan S, Meg E W, Endang A, A district based audit of the causes and circumstances of maternal death in south Kalimantan, Indonesia, *Bull. WHO*, 2002; 80:142-145.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Mortalité maternelle en France et dans le monde, réflexion à partir des données épidémiologiques, INSERM, Paris, 2001:20.
- Institut National de Statistique, Rapport annuel sur la situation sanitaire 1998, INS Abidjan, 2000.
- Koné B, Ouédraogo C, Akotonga M, Thieba B, La mortalité maternelle au Burkina Faso, évolution et stratégie de lutte, *Med. Afr.Noire*, 2001;48 (11):36-39.
- Lankoande J, Ouedraogo Ch, Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 cas colligés en 1995, *Med. Afr. Noire*, 1998;45(3):187-90.
- Pruval A, Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest: de l'épidémiologie à la santé publique, *Bull. WHO*, 2000; 32 (5):115-118.
- Wagaarachi P T, Graham W J, Holding up a mirror: changing obstetrics practice through criterious based clinical audit in developing countries. Commentary averring maternal death and disability *Int. J. Gyneacol. Obstet.*, 2001;74(2):119-131.
- Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C, Levels of the maternal mortality, its causes and contributing factors in rural Gambia, *Bull. WHO*, 2000;78:603-6016.