Rev int sc méd -RISM-2017;19,2:100-104.
© EDUCI 2017

Mortalité maternelle: Aspects sociodémographique, étiologique et facteurs de risque au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Régional de Mamou (Guinée Conakry). *Maternal Mortality: Socio-Demographic Aspects, Etiology and Risk Factors at The Service of Obstetric Gynecology ff The Regional Hospital of Mamou (Guinea Conakry).*

BALDE IS[2], BALDE O[1], DIALLO MC[2], DIALLO MH[1], BAH IK[2], BARRY A[3], BALDE MD[1], KEITA N[1].

1- service Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital National Donka
2- Service Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen
3- Maternité de l'Hôpital Régional Mamou

Correspondance : Dr Ibrahima Sory BALDE, *baldeisory@yahoo.fr*
Gynécologue-Obstétricien,
Maitre Assistant service de gynécologie obstétrique
Hôpital National Ignace Deen CHU Conakry.

RÉSUMÉ

Objectifs. Calculer le ratio de la mortalité maternelle, identifier les principales causes et les facteurs de risque.

Méthode. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique de 66 mois (du 1er Janvier 2008 au 30 Juin 2013); Elle avait concerné tous les dossiers des gestantes, parturientes et patientes en suites de couches obéissant à la définition du décès maternel selon l'OMS. Le recrutement était exhaustif.

Résultats. Nous avons enregistré 90 cas de décès maternels pour 7480 naissances vivantes soit un ratio de 1203 pour 100000 nouveaux-nés (NV). Le profil sociodémographique de la patiente décédée était celui d'une patiente de 20 - 24 ans(43,3%), ménagère(74,5%); mariée, (73%) non scolarisée(77,8%), pauci pare (26,7) et évacuée (44,5%). Les hémorragies et les complications de l'hypertension artérielle étaient les causes obstétricales directes les plus fréquemment retrouvées. Les causes obstétricales indirectes étaient dominées par l'anémie et le paludisme. Les facteurs de risques étaient le statut matrimonial, la consultation prénatale, les causes et les types d'intervention et de traitement.

Conclusion. La réduction de ce ratio nécessiterait l'offre de consultations prénatales focalisées, celle de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et la surveillance rigoureuse des accouchées en salle de naissance.

Mots clés : **Mortalité Maternelle, Sociodémographie, Facteurs de risques, Mamou**

ABSTRACT

Objectives- *To calculate the ratio of maternal mortality, identify the main causes and risk factors.*

Method. *This was a retrospective descriptive and analytical study of 66 months (from 1 January 2008 to 30 June 2013); It concerned all the files of pregnant women, parturientes and patients in sequences of layers obeying the definition of maternal death according to the WHO. Recruitment was comprehensive*

Results. *We recorded 90 cases of maternal deaths for 7480 live births, ie a ratio of 1203 per 100,000 new borns (NB). The sociodemographic profile of the deceased patient was that of a patient aged 20-24 years (43.3%), a housewife (74.5%); Married, (73%) not educated (77.8%), pauci pare (26.7) and evacuated (44.5%). Hemorrhage and complications of arterial hypertension were the most frequent direct obstetric causes. Indirect obstetric causes were dominated by anemia and malaria. Risk factors were marital status, prenatal consultation, causes and types of intervention and treatment*

Conclusion. *Reducing this ratio would require focused prenatal care, comprehensive obstetric and neonatal care, and rigorous monitoring of birth attendants.*

Keywords: Maternal mortality, Sociodemography, Risk factors, Mamou

INTRODUCTION

La mortalité maternelle (MM) selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), désigne le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite[1]. Elle constitue l'un des indicateurs utilisés par les Nations Unies pour mesurer l'indice du développement humain et social[2]. L'OMS[1], en 2010, avait estimé son ratio à 27 pour 100000 nouveaux-nés (NV) en Europe, 11 pour 100000 NV aux USA, 450 pour 100000 NV en Asie du sud-est. En Afrique, son ratio était de 35 pour 100 000 NV en Tunisie en 2009[3] , 350 pour 100000 NV au Benin en2000 [4]. 392 pour 100000 NV au Sénégal en 2012[5], 670 pour 100000 NV au Mali en 2012[6], En Guinée selon l'EDS 2012, 720 pour 100000 NV[7]. Aucune étude n'a été encore réalisée dans la région administrative de Mamou, qui est l'une des 07 principales villes du pays.

Les objectifs de l'étude étaient de Calculer le ratio de la mortalité maternelle, identifier les principales causes et les facteurs de risque

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique de 66 mois (du 1er Janvier 2008 au 30 Juin 2013) réalisée à la maternité de l'Hôpital Régional de Mamou. Elle avait concerné tous les dossiers des gestantes, parturientes et patientes en suites de couches obéissant à la définition du décès maternel selon l'OMS.

Le recrutement était exhaustif. Les populations comparées étaient les patientes décédées et celles vivantes Les variables étaient épidémiologiques (âge, profession, statut matrimonial, niveau d'instruction, provenance et parité) et cliniques (consultation prénatale, période de survenue, causes directes, causes indirectes, types d'intervention et de prise en charge). Le test de X^2 a été utilisé pour la comparaison des variables avec une signification pour $P < 0,05$. Les variables analysées étaient âge, profession, statut matrimonial, parité, provenance, nombre de consultation pré natale, causes, types d'intervention et de prise en charge.

RÉSULTATS

* Ratio

Nous avons enregistré 90 cas de décès maternels pour 7480 naissances vivantes soit un ratio de 1203 pour 100000 NV.

* Aspect socio démographique

Age: Trente neuf (39/90) (43,3%) patientes décédées versus 3542/8346 (42,4%) patientes vivantes étaient de la tranche 15 -24 ans suivie de celle 35 – 44 ans avec 29 cas sur 90 (32,2%) contre 2433 sur 8346 (29,2%) sans différence significative (p = 0,67).

Profession: Soixante sept (67/90) patientes décédées (74,5%) versus 6582/8346 (78,9%) patientes vivantes étaient des ménagères sans différence significative (p = 0,46).

Statut matrimonial : Soixante six (66/90) patientes décédées (73%) versus 4231/8346 (50,7%) patientes vivantes étaient des mariées contre 27% versus 49,3% non mariées différence significative (p = 0,0001).

Niveau d'instruction : soixante dix (70/90) patientes décédées (77,8%) étaient non scolarisées contre 22,2% pour les niveaux d'études primaire et secondaire.

Parité : Vingt quatre (24/90) patientes décédées sur 90 (26,7%) versus 1869/8346 (22,4%) patientes vivantes étaient pauci pares suivies des grandes multipares 26,6% versus 20,3% sans différence significative (p = 0,16).

Provenance : Quarante (40/90) patientes décédées (44,5%) versus 2478/8346 (29,7%) patientes vivantes venaient d'une maison d'accouchement et 22 sur 90 (24,4%) versus 1850 sur 8346 (22,2%) du centre de santé différence significative (p = 0,018).

* Aspect clinique

Mode d'admission : Soixante une (61/90) patientes décédées (67,8%) étaient évacuées contre 32,2% venues du domicile. .

Consultation prénatale: Quarante (40/90) patientes décédées (44,5%) versus 4122/8346 (49,4%) patientes vivantes n'avaient bénéficié d'aucune visite prénatale tan disque 42,2% des patientes décédées versus 28,2% de celles vivantes en avaient eu 1à3 différence significative (p= 0,006).

Période de survenue : Quarante quatre (44/90) patientes décédées (48,9%) étaient décédées après l'accouchement, 32/90 (35,5%)

au cours de la grossesse et 16,6% pendant l'accouchement.

Causes : Soixante trois (63/90) patientes décédées (70%) versus 7751/8346 (92,9%) patientes vivantes étaient décédées de causes obstétricales directes contre 30% de celles indirectes différence significative (p = 0,0000).

Causes directes : Trente six (36/63) patientes décédées (57,2%) versus 5586/8283 (67,4%) patientes vivantes étaient décédées d'hémorragie et 19,2% versus 12,2% d'infection sans différence significative(p =0,06).

Causes indirectes : Onze (11/27) patientes décédées (40,6%) versus 2181/8409 (25,9%) patientes vivantes étaient décédées d'anémie et 33,3% versus 46,2% de paludisme sans différence significative(p = 0,04).

Type d'intervention: Dix neuf (19/38) patientes décédées (50%) versus 4971/8398 (59,2%) patientes vivantes avaient eu la césarienne et dans 29% des cas versus 34, 1%, la laparotomie différence significative (p = 0,002).

Type de prise en charge : Pour 60/90 patientes décédées (66,7%) versus 4245/8346 (50,9%) patientes vivantes la prise en charge était médicale contre 33,3% versus 49,1% pour la chirurgie différence significative (p = 0,0000).

DISCUSSION

* Ratio

Nous avons colligé 90 dossiers de décès maternels pour 7480 nouveaux-nés (NV) soit un ratio de 1203 pour 100 000 NV. Ce résultat aux est presque le double des 724 décès pour 100 000 NV de l'EDS4 Guinée 2012[7] et le quintuple des 288 pour 100000 NV trouvés par Gandzien[8] au Congo Brazzaville en 2005. Ce ratio élevé serait en rapport avec le caractère deuxième niveau de recourt de notre service dans la pyramide sanitaire du pays avec des ressources limitées, recevant des urgences graves y compris «celles désespérées».

* Aspect socio démographique

L'âge moyen des patientes était de 20 ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans et l'écart type 0,22. La tranche d'âge 15-24 ans était la plus touchée avec 43,3% versus 45,4%. L'âge maternel n'avait pas influencé la survenue du décès maternel, la différence statistique n'était pas significative (p=0,67). Notre résultat se rapproche des 41,9% rapportés en 2009 par Chelly et al.[9] en Tunisie. La fréquence élevée dans cette tranche d'âge serait liée aux mariages précoces soutenus par les coutumes et mœurs de notre société. Les ménagères étaient les plus touchées (74,5% versus78, 9%) dans notre série. La différence statistique était non significative (p=0,46). Le constat était similaire dans les séries Gabonaise[10] et Ivoirienne[11] respectivement en 2008 et 2010. Cette proportion élevée dans notre étude serait liée au revenu faible qui était de 615$ en 2012 en fonction du produit intérieur brut selon la Direction nationale des statistiques et de l'influence de la famille dans la prise de décisions de consulter dans une structure de santé. Dans notre étude, les patientes mariées avaient été les plus affectées par la mortalité maternelle avec 73,3% versus 50,7%. Le statut matrimonial constituait un facteur favorisant de décès maternel. La différence était statistiquement significative (p=0,001). Cette prédominance des mariées était retrouvée dans les observations de Mayi-Tsonga et al.[10] au Gabon en 2008 et Fourn et al.[4] au Benin en 2000 avec des proportions respectives de 47,5% et 25%. Ce résultat serait lié d'une part à la polygamie et de l'autre, au fait que dans nos régions, le mariage soit le seul moyen légal pour enfanter. Dans notre série, les patientes non scolarisées étaient les plus concernées (77,8%). Ce résultat est superposable à ceux des auteurs Africains[10,11,12].

Ce taux élevé de femmes non scolarisées est en rapport avec celui de la population générale en guinée où l'on note 74% d'analphabètes dont 85,3% de sexe féminin, selon l'EDS 2012 Guinée[7]. Les patientes pauci pares étaient les plus concernées par le décès maternel avec 26,7 versus 22,4%. La parité n'était pas un facteur favorisant de la mortalité maternelle (p= 0,16). Pour N'guessan et al.[11] en 2010 à Treichville, la fréquence du décès maternel augmente avec la parité et Baldé et al.[13] en 2016 à Donka, ce sont plutôt les trois premières parités qui étaient concernées. Ce groupe est constitué le plus souvent des adolescentes, non scolarisées donc peu conscientes de la nécessité de veiller à leur état de santé. Les patientes décédées venaient des maisons d'accouchement dans 44,5% versus 29,7% des cas. La provenance constitue un facteur favorisant de la mortalité maternelle. La différence était statistiquement significative (p = 0,018). Cette proportion serait liée aux proximité et facilité d'accès à ces structures plus proches des populations très souvent gérées par un personnel non compétent d'une part et de l'autre, par les conditions d'évacuation souvent précaires à cause de la quasi absence du transport médicalisé.

*** Aspect clinique**

Le mode d'admission serait un facteur favorisant de la mortalité maternelle avec 67,8% contre 32,2% dans notre étude. Le constat était semblable dans les séries Tunisienne en 2009[9] et Béninoise en 2000[4]. Dans notre échantillon, les patientes décédées n'avaient bénéficié d'aucune visite pré natale avec 44,5% versus 49,4%. Le constat était identique dans les séries de Horo et al. en 2008[12]: 71,4%, Chazelon et al.[14] en 2000 : 35%. La consultation prénatale était un facteur favorisant de la survenue du décès maternel (p =0,006). L'OMS avait recommandé, depuis 1998, un minimum de 4 Consultations prénatals (CPN) au cours de la grossesse. Cependant, il est à préciser que le nombre de visite prénatale ne met pas les gestantes à l'abri de décès mais plutôt la qualité de ces dernières et surtout la période à laquelle elles sont effectuées. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que ces patientes ignorent les avantages du suivi prénatal. Toutes les périodes gravido pupérales étaient concernées par le décès maternel. Le post partum 48,9% dans notre série et 93% dans celle Gabonaise[10] en 2010, le per partum en Algérie et Côte d'Ivoire en 2010 avec respectivement 40% et 66%[12,15]. Dans notre étude, la mortalité maternelle était due aux causes obstétricales directes dans 70% des cas. Ce résultat corrobore ceux de la littérature[13,16]. Les hémorragies avaient la plus grande proportion parmi les causes directes avec 57,2% versus 67,4%. L'observation était similaire en 2004 dans la série de Bouvier Colle et al.[17]. La différance statistique était non significative (p=0,06). L'anémie avait dominé les causes indirectes (40,6%) dans notre population contrairement à Benhamou et al.[16] en 2009 au Royaume Uni qui avaient retrouvé les cardiopathies. Le traitement administré à la patiente et son état à l'admission dans la structure de santé sont des éléments qui grèvent le pronostic. Dans notre échantillon, pour 79% des patientes décédées l'état nécessitait une intervention chirurgicale dont 50% pour césarienne et dans 60% des cas, le traitement était médical. Les types d'intervention et de traitement étaient des facteurs favorisants dans la survenue de la mortalité maternelle. La différence statistique était significative. Ces résultats sont superposables à ceux de plusieurs auteurs Africains[13,16,18].

CONCLUSION

Le statut matrimonial, la provenance, la consultation prénatale, les causes, les types d'intervention et de prise en charge étaient en liaison avec la survenue du décès maternel. La réduction de ce ratio nécessiterait l'offre de consultations prénatales focalisées, celle de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et la surveillance rigoureuse des accouchées en salle de naissance.

RÉRÉRENCES

1- **OMS** Statistiques Sanitaires Mondiales: indicateur état sanitaire 2010 ; 2 : 14- 26.

2- **Pomarede R.** Direction générale, La mortalité maternelle en France. Institut de veille sanitaire Saint Maurice, France 2006 : 391- 402.

3- **Hamida E ; Craourc M ; Chelly, Gara M, Garboug** Réduction de moitié le taux de mortalité maternelle en Tunisie au cours des dix dernières années: apport de l'épidémiologie clinique à la prise de décisions en santé publique ; Communications / Rev Épidémiol et Santé Pub 57S (2009); S3–S59

4- **Fourn L ; Lokossou ; Fayomie**. Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au bénin. Méd Afr Noire 2000 : 22-26.

5- **M'baye M.** Mortalité maternelle au Sénégal : Urgence le taux est encore élevé. Méd Afr Noire 2012.

6- **Zongo A, Traoré M, Faye A, Gyeye.M, Fournier P, Dumont** A. Effet de l'organisation des services de gynéco-obstétrique sur la mortalité maternelle hospitalière au Mali Rev Épidémiol et Santé Pub 2012;60:265-274.

7- **Direction Nationale de la Statistique (GUINEE)** Enquête Démographique et santé et à indicateurs Multiples (EDS- MICS, 2012), Institut National de la statistique Conakry, MEASURE, DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA 2013 : 243-247

8- **Gandzien PC** La mortalité maternelle au Centre Hospitalier de Talangaï- Brazzaville. Méd Afr Noire 2005;52;12:657-660

9- **Chelly D, Dimassi K, Zouaoui B, Sfar E** Evolution de mortalité maternelle dans une maternité Tunisienne de niveau 3 entre 1998 et 2007 ; Elsevier Masson ; J Gynécol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38,8:656-660.

10- **Mayi –Tsonga S, Ndombi I, Oksana L** Mortalité maternelle à Libreville (Gabon) : état des lieux et défis à relever en 2006. Santé (Montrouge) ; Med Afr Noire 2008;18:193-197.

11- **N'guessan E, Bouhoussou P E, Touré B** Facteurs de risque de mortalité maternelle chez les adolescentes : A propos de 60 cas colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Treichville. Méd Afr Noire 2010;57: 521-526.

12- Hora AG, Touré E, Mohamed F, Adjoussou S, Kone M Dysfonctionnement et mortalité maternelle. Analyse de 35 cas à la maternité du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire). Méd Afr Noire 2008;55;89:449-453.

13- Baldé IS, Baldé O, Camara MK, Diallo A, DialloMH, Diallo BS, Baldé AS, Mamy MN, Diallo IA, Diallo AB, Hijazi Y, Keita N Revue des décès maternels au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka CHU de Conakry(Guinée) Rev int sci méd abj 2016;18,2:99-103.

14- Chazelon Pilorget H,Fournmaimaux A Réalité de la morbidité périnatale et infantile à la Réunion. J gynécolol Obstét Biol Reprod 2000; 91:400 - 403

15 15- Benmouhoub N. La mortalité maternelle en Algérie. J mag anesth- réanim et méd urg 2010 ; 17;74:225-227.

16- Benhamou D, Chassard D, Mercier F G ; Bouvier Colle-MH Le rapport 2003-2005 sur la mortalité maternelle au Royaume Uni : Commentaires comparaison aux données françaises ; Elsevier Masson ; An Fr Anesth et Réanima 2009;28:38-43

17- **Bouvier Colle -MH ; Deneux C ; Szego E ; Couet C, Michel E** Estimation de la mortalité maternelle en France : une nouvelle méthode ; Med-Trop ; J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33:421- 429.

18**. Dellagi R.T, Belgacem M., Hamrouni M., Zouari B.** Evaluation du système de suivi des décès maternels dans les structures publiques de Tunis (1999-2004). East Medit Health J 2008;14,6:1- 11.