



Décès Maternels à la Maternité de l'Hôpital Régional de Labé (Guinée) *Maternal Deaths at the Maternity Hospital of Labé Regional Hospital (Guinea).*

BALDE Ousmane¹; BALDE Ibrahima Sory²; DIALLO Mamadou Hady¹; Sylla Ibrahima²;
DIALLO Fatoumata Bamba³; DIALLO Abdoulaye Bademba²; BALDE Mamadou Diouldé¹;
KEITA Namory¹

RÉSUMÉ

Objectifs. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer le ratio des décès maternels, les caractéristiques sociodémographiques des femmes et d'identifier les causes et les facteurs favorisants ayant entraînés le décès maternel.

Méthodes. L'étude était prospective descriptive de 24 mois (du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2017) réalisée à la Maternité de l'Hôpital Régional de Labé et concernait les prestataires du contact prénatal, de la salle d'accouchement et de l'unité du postpartum présents au site et les femmes décédées obéissant à la définition du décès maternel selon l'organisation mondiale de la santé. Nous avons procédé au recrutement des prestataires l'ayant accepté et les cas de décès au tout venant. Les variables étaient sociodémographiques et cliniques.

Résultats. Nous avons enregistré 63 cas de décès maternels sur 3211 naissances vivantes soit un ratio de 1962 pour 100000 NV. Le décès avait concerné les patientes de la tranche d'âge 25 – 34 ans (60,3%), ménagères (73%), mariées (79,4%), sans instruction (73,1%) et grandes multipares (87,4%) en provenance de la zone rurale (66,7%). Les causes directes étaient les plus fréquentes (79,3%) avec une prédominance de l'hémorragie (46%). Les troisièmes et premiers retards étaient les facteurs favorisants les plus retrouvés avec respectivement 79,4 et 73%.

Conclusion. La réduction de ce ratio passerait par l'offre de contact prénatal, de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et la remise à niveau des prestataires des structures de base.

Mots Clés :

-Décès maternel,
-Maternité,
-Labé

ABSTRACT

Objectives. *The objectives of the study were to determine the ratio of maternal deaths, the socio-demographic characteristics of women, and to identify the causes and contributing factors that led to maternal death.*

Methods. *The study was prospective descriptive for 24 months (from January 1, 2016 to December 31, 2017) carried out at the Maternity Hospital of the Labé Regional Hospital and concerned the providers of prenatal contact, the delivery room and the postpartum unit present at the site and deceased women obeying the definition of maternal death according to the World Health Organization. We proceeded to the recruitment of providers who accepted it and the cases of death to all comers. The variables were socio-demographic and clinical.*

Results. *We recorded 63 cases of maternal death out of 3211 live births, a ratio of 1962 per 100,000 NV. The death concerned patients in the 25-34 age group (60.3%), housewives (73%), married (79.4%), uneducated (73.1%) and large multiparous women*

1-Service de Gynécologie Obstétrique de l'HN Donka; 2-Service de Gynécologie Obstétrique de l'HN I. DEEN.
3-Maternité de l'Hôpital Régional de Labé

Correspondance : Dr Ousmane BALDE, service de gynécologie obstétrique Hôpital National Donka, CHU. Conakry. baldeousmane04@gmail.com

(87.4%) from the rural area (66.7%). Direct causes were the most common (79.3%) with a predominance of hemorrhage (46%). The third and first delays were the most common contributing factors with 79.4 and 73% respectively.

Conclusion. Reducing this ratio would require prenatal contact, comprehensive obstetric and neonatal emergency care and the upgrading of providers of basic structures.

KEYWORDS

-Maternal death,
-Maternity,
-Labé

INTRODUCTION

Le décès maternel selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), signifie la mort d'une femme survenue 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 est 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 NV en Europe, 11 pour 100000 NV aux USA, 450 pour 100000 NV en Asie du sud-est. En Afrique, il était de 35 pour 100 000 NV en Tunisie en 2009 [3], 392 pour 100000 NV au Sénégal en 2012 [4], 670 pour 100000 NV au Mali en 2012 [5], en Guinée selon l'EDS 2017, 550 pour 100000 NV [6]. Ces décès audités étaient tous dus aux trois retards [7]. Cette mortalité est généralement due aux insuffisances dans

l'offre des services et cela à divers niveaux, débouchant à l'un des trois retards:

1. l'ignorance des signes de dangers et traitement traditionnel ;
2. le manque de moyen de transport et de communication ;
3. l'absence de personnel compétent, retard dans la prise en charge, indisponibilité totale et/ou partielle des produits sanguins et consommables.

A l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry [7] en 2016, le premier et le 3^e retard étaient les facteurs les plus retrouvés avec 87,5% chacun. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer le ratio des décès maternels, les caractéristiques sociodémographiques des femmes et d'identifier les causes et les facteurs évitables ayant entraînés le décès maternel.

MÉTHODES

L'étude était prospective descriptive de 24 mois (du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2017) réalisée à la Maternité de l'Hôpital Régional de Labé. Elle avait concerné les prestataires du CPN, de la salle d'accouchement et de l'unité du postpartum présents au site et les femmes décédées obéissant à la définition du décès maternel selon l'OMS, durant la période d'étude. Nous avons procédé au recrutement

des prestataires l'ayant l'accepté et les cas de décès, au tout venant. Les variables étaient sociodémographiques, cliniques et les facteurs favorisants. Elle a consisté à l'examen des dossiers d'hospitalisation de chaque cas par un comité de revue constitué de gynécologues obstétriciens, de sages-femmes, de pédiatres et de néonatalogistes.

RÉSULTATS

A - Ratio : Nous avons enregistré 63 cas de décès maternels sur 3211 NV soit un ratio de 1962 pour 100000 NV.

TABLEAU I/ TABLE I: Caractères sociodémographiques/ Sociodemographic characteristics

Tranche d'âge	(n=63)	%
15-24 ans	8	12,7
25-34 ans	38	60,3
35-44 ans	17	27

Profession		
Ménagères	46	73
Élève/Étudiantes	7	11,2
Fonctionnaires	6	9,5
Activités libres	4	6,3
Statut matrimonial		
Mariées	50	79,4
Célibataires	13	20,6

Niveau d'instruction		
Sans instruction	46	73,1
Primaire	5	7,9
Secondaire	8	12,7
Supérieur	4	6,3
Parité		
Primipare	4	6,3
Paucipare	4	6,3
Multipare	13	20,7
Grande multipare	42	66,7
Provenance		
Commune urbaine	21	33,3
Commune rurale	42	66,7

C -Aspects cliniques

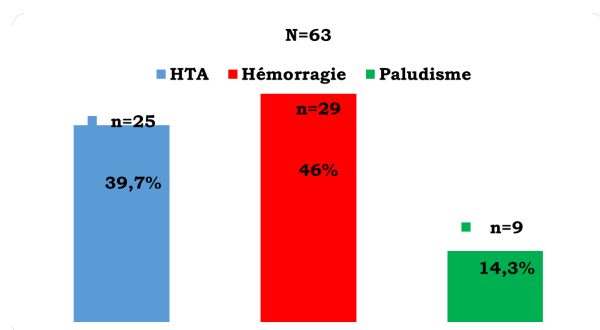


Figure : Étiologie/Etiology

DISCUSSION

A Ratio

Nous avons enregistré 63 cas de décès maternels sur 3211 NV soit un ratio de 1962 pour 100000NV. Ce résultat est plus élevé que les 1060 pour 100000NV en 2016 et 1203 pour 100000 NV en 2017 rapportés par Baldé IS et al.^[7,8] respectivement à l'hôpital national Donka et celui régional de Mamou mais relativement proches aux 1944 pour 100 000NV trouvés par Baldé O et al.^[9] en 2016 à l'hôpital régional de Kindia. Cependant, notre résultat est le double de celui rapporté dans une série Ivoirienne^[10]. Ce constat serait en rapport avec le caractère deuxième niveau de recours de notre service dans la pyramide sanitaire du pays avec des ressources limitées, gérant des urgences graves y compris <<celles désespérées>>.

B Aspects socio démographiques

La moyenne d'âge était de 32 ans et l'écart Type à 6,3 ans. Le décès maternel avait concerné toutes les tranches d'âge avec une prédominance de celle 25 – 34 ans (60%). Le constat était similaire dans plusieurs

Tableau II / Table II: Causes et facteurs favorisants/: Causes and avoidable factors

Causes et facteurs évitables	n	%
Causes		
Directes	50	79,3
Indirectes	13	2,7
Facteurs favorisants		
Premier retard	46	73
Deuxième retard	38	60
Troisième retard	50	79,4

études de la sous région^[9-11]. La prédominance de Ménagères serait liée à leur grande proportion dans la population générale de notre pays.

Les défuntes mariées avaient occupé la première place avec une proportion de 79,4%. Cette prédominance des mariées était retrouvée dans les observations de Mayi-Tsonga et al.^[12] au Gabon en 2008 et N'guessa et al.^[11] à Treichville en Côte d'Ivoire en 2010. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait qu'en Guinée, le mariage soit le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation d'une part et de l'autre que la majorité de ces grossesses sont contractées dans ces liens de mariages à cause des considérations sociales. La région de Labé ne fait pas exception, car l'islam et les coutumes en sont le fondement de la liaison matrimoniale. Dans notre série, les patientes sans instruction étaient les plus concernées (73,1%). Ce résultat est superposable à ceux de la littérature^[8, 10, 12]. Ce pourcentage élevé de femmes sans instruction serait 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'EDS4 Guinée^[13]. Les grandes multipares étaient les plus nombreuses (87,47%) dans la survenue du décès maternel dans notre collectif et le nombre de décès augmente avec celui de la parité. Cette prédominance des grande multi pares serait liée au fait traditionnelles (pronatalistes). La zone géographique serait un facteur de prédisposition aux décès maternels (66,7%). Cette observation était similaire à celles retrouvée dans la littérature^[9, 12], notamment les conditions d'évacuation souvent précaires pour quasi absence d'ambulance.

C- Aspects cliniques

Les défuntes décédées de causes obstétricales directes étaient les plus nombreuses (79,3%) dans notre collectif. Le constat est similaire dans plusieurs séries^[9, 11, 12]. Dans notre étude, l'hémorragie, 46%, était parmi les causes obstétricales directes. L'observation était similaire

dans les Hôpitaux Régionaux de Kindia^[9] en 2016 et de Mamou^[8] en 2017 en Guinée, au Gabon^[12] en 2010 et en Algérie^[14] en 2011. Le paludisme a été la cause obstétricale indirecte la plus retrouvée: 14,3%. Cette observation était contraire à celle de Benhamou et al.^[15] en 2009 au Royaume Uni qui avaient noté, les cardiopathies.

Le troisième retard avait dominé parmi les facteurs favorisants dans la survenue du décès maternel (80%) dans notre population d'étude. Le constat était semblable dans la littérature^[9,16]. Cette proportion élevée de retard dans la prise en

charge au niveau de notre structure serait liée à la fourniture non permanente de kits d'urgence d'une part et de d'autre part, aux difficultés financières des parents des parturiente. Le premier retard avait occupé la 2^{ème} place avec 73%. Le 1^{er} retard pourrait se justifier par les insuffisances dans l'offre de soins prénatals focalisés au cours desquels les signes de gravité sont expliqués à la gestante et/ou à un membre influent de sa famille ou à une mauvaise application de ces derniers de leur part.

CONCLUSION

La réduction de ce ratio serait au prix de l'offre de soins prénatals focalisés, celle de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets,

la remise à niveau des prestataires des structures de la zone rurale et la spontanéité dans la prise en charge dès l'admission des urgences.

RÉFÉRENCES

- 1-OMS Statistiques Sanitaires Mondiales: indicateur état sanitaire 2010;2:14- 26. **Où trouver??**
- 2-Pomarede R. Direction générale, La mortalité maternelle en France. Institut de veille sanitaire Saint Maurice, France 2006 : 391- 402. **Où trouver??**
- 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-M'baye M. Mortalité maternelle au Sénégal : Urgence le taux est encore élevé. Méd Afr Noire 2012.
- 5-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.
- 6-Direction Nationale de la Statistique (GUINEE) Enquête Démographique et santé et à indicateurs Multiples (EDS- MICS, 2017), Institut National de la statistique Conakry, MEASURE, DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA 2017 : 201-202
- 7-Baldé IS, Baldé O, Camara MK, Diallo A, Diallo MH, 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.
- 8-Baldé IS, Baldé O, Diallo MC, Diallo MH, Bah IK, Barry A, Baldé MD, Keita N. Mortalité maternelle : Aspect sociodémographique, étiologie et facteurs de risque au service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Régional de Mamou (Guinée-Conakry). Rev int sci méd abj-RISM 2017;19,2:100-104
- 9-Baldé O, Baldé IS, Diallo MH, Diallo AB, Diallo BS, Donamou S, Camara MK¹, Baldé MD, Keita N. Mortalité Maternelle à l'hôpital Régional de Kindia: Facteurs Epidémiologiques et Axes Stratégiques d'intervention. Rev int sci méd abj-RISM 2016; 18,1:61-65.
- 10- Horo AG, Touré-Ecra F, Mohamed F ; Adjoussou S; Koné M. Dysfonctionnement et mortalité maternelle: Analyse de 35 cas à la maternité du CHU de Yopougon (Abidjan, Cote d'Ivoire). Méd Afr Noire 2008;55,8-9:449-453.
- 11-N'guessan E, Bouhoussou PE, Touré B. Facteurs de risque de mortalité maternelle chez les adolescents : A propos de 60 cas colligés. Méd Afr Noire 2010;57,11:521-526.
- 12 - Mayi- Tsonga S, Okasana L, Diallo T, Methogo M, Ndombi I, Mendome G et Col. Audit des décès maternels au centre hospitalier de Libreville. Méd Afr Noire 2010;57:8-9.
- 13-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
- 14-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 Réanim 2009;28;38 - 43.
- 15-Benmouhoub N. La mortalité maternelle en Algérie. J maghrébin anesth- réanim et méd urg 2010 ; 17,74:225 - 227.
- 16- Gunawan S, Meg E W, Endang A. A district based audit of the causes circumstances of maternal death in south Kalimantan, Indonesia. Bull. WHO 2002;80:142-145.