

**REVUE DES DECES MATERNELS AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA CHU DE CONAKRY (GUINEE)/**
*REVIEW OF MATERNAL DEATHS IN THE SERVICE OF OBSTETRICS GYNECOLOGY
HOSPITAL NATIONAL DONKA CHU CONAKRY (GUINEA)*

**BALDÉ IS¹, BALDÉ O², CAMARA MK², DIALLO A¹, DIALLO MH², DIALLO BS², BALDÉ AS²,
MAMY MN¹, DIALLO IA², DIALLO AB¹, HYJAZI Y², KEITA N²**

1: Service de Gynéco-Obstétrique Ignace Deen Chu de Conakry

2 : Service de Gynéco-Obstétrique Donka CHU de Conakry

Correspondances : Dr Baldé Ibrahima Sory,
Gynécologue-Obstétricien,
Maitre Assistant au CHU de Conakry,
BP : 3900 Conakry. E-mail : baldeisory@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectifs. Les objectifs de travail étaient de calculer le ratio de la mortalité maternelle, décrire le profil épidémiologique des patientes décédées, identifier les trois retards, les dysfonctionnements et les principales causes des décès dans le service.

Méthode. L'étude était rétrospective descriptive de six (06) mois allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2012, réalisée à l'Hôpital National Donka. Elle concernait les femmes décédées au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couches obéissant à la définition du décès maternel selon l'OMS. Elle a consisté en 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. Nous avons colligé 40 cas de décès pour 3772 Naissances Vivantes soit un ratio de 1060 pour 100 000 NV. Le profil épidémiologique était celui d'une femme de 25 à 29 ans (30%), ménagère (52,5%), non scolarisée (75%), mariée (87,5%), paucipare (35%), évacuée (70%) et sans suivi prénatal (57,9%). Les 1^{er} et 3^{ème} retards ont été les plus incriminés avec une fréquence de 87,50% chacun. La prise en charge à l'admission s'était opérée dans 30% des cas après la 30^{ème} minute, les diagnostics d'évacuation et d'admission ne correspondaient que dans 67,5% des cas, les kits n'étaient pas disponibles dans 32,5% des cas, l'avis d'un spécialiste avait été requis dans 27,5%, la demande et l'honorabilité du sang respectivement dans 52,5% et 42,9% des cas. Les principales causes étaient : hémorragie (40%) et infections (30%) .

Conclusion : La réduction de ce ratio passerait par l'offre de consultation prénatale recentrée, celle de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets, la remise à niveau des prestataires des structures de base, la promptitude dans la prise en charge dès l'admission des urgences, la disponibilisation des kits et des produits sanguins.

Mots clés : Décès maternels, Guinée Conakry

ABSTRACT

Objectives. Work objectives were to calculate the ratio of maternal mortality, describe the epidemiological profile of deceased patients, identify the three delays, malfunctions and the main causes of death in service.

Method. The study was descriptive retrospective of six (06) months from 1 July to 31 December 2012, performed at the National Donka Hospital. It involved women who died during pregnancy, childbirth and the puerperium obeying the definition of maternal deaths according to WHO. It involved the review of hospital records of each case by a review committee made up of obstetricians, midwives, pediatricians and neonatologists.

Results. We collected 40 cases of deaths per 3772 births Living a ratio of 1060 per 100 000 NV. The epidemiological profile was that of a woman from 25 to 29 years (30%), household (52.5%), non-educated (75%), married (87.5%), few previous deliveries (35%), drained (70%) and without prenatal care (57.9%). 1st and 3rd delays were most implicated with a frequency of 87.50% each. Support the admission took place in 30% of cases after the 30 th minute, the discharge diagnoses and admission corresponded only in 67.5% of cases, the kits were not available in 32 5% of cases, the expert opinion requested in 27.5%, and demand respectability blood respectively 52.5% and 42.9% of cases. Hemorrhage (40%) and infections (30%) were the main causes.

Conclusion. Reducing this ratio would increase by antenatal offers refocused, the obstetric and comprehensive emergency neonatal care, the refresher of the basic structures of providers, promptness in dice care admission emergency, availing kits and blood products.

Keywords: Maternal deaths, Guinea Conakry.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle est selon l'OMS, le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elle qu'en soit 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 fortuite¹. Le décès d'une femme dans la période gravido-puerpérale est toujours vécu comme un drame². Chaque année, près de 600 000 décès maternels surviennent dans le monde dont 99% dans les pays en développement³. Environ 30% des décès maternels surviennent en Asie de Sud et 60% en Afrique subsaharienne⁴. En Egypte, le taux de mortalité maternelle était de 84 pour 100 000 Nouveaux-nés (NV) en 2003³. En Tunisie, 56 pour 100 000 N.V en 2007⁵. Au Gabon, 245 pour 100 000 NV en 2007⁶. En Côte D'Ivoire, 3598 pour 100 000 NV en 2004⁷. En Guinée, selon l'EDS IV de 2012, 724 décès maternels pour 100 000 NV⁸ contre 980 pour 100 000 NV en 2005⁹. Cette mortalité est généralement liée aux insuffisances dans l'offre des services et cela à divers niveaux, débouchant à l'un des trois retards: Le premier (l'ignorance des signes de dangers et traitement traditionnel). Le deuxième (manque de moyen de transport et de communication). Le troisième (absence de personnel compétent, retard dans la prise en charge, indisponibilité totale et/ou partielle des produits sanguins et consommables). Au CHU de Yopougon⁷, en 2008, le premier retard était de 72%. Les objectifs de ce travail étaient de calculer le ratio de la mortalité maternelle, décrire le profil épidémiologique des patientes décédées, identifier les trois retards, les dysfonctionnements et les principales causes des décès dans le service.

MÉTHODE

L'étude était rétrospective descriptive de six mois (du 01 Juillet au 31 Décembre 2012), réalisée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national donka. Elle concernait femmes décédées au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couches obéissant à la définition décès maternel selon l'OMS, durant la période étude. 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. Les variables étaient épidémiologiques (âge, profession, niveau d'instruction, statut matrimonial, parité, provenance, suivi prénatal et période de décès),

cliniques (motifs de consultation, évolution, concordance entre les diagnostics d'évacuation et d'admission, disponibilité de kits, sollicitation d'autre spécialités, traitement reçu, type de chirurgie honorabilité de demandes de sang, retards et caractère évitable) et étiologiques.

RÉSULTATS

Epidémiologie:

- *Ratio:* Nous avons recensé 40 cas de décès maternels pour 3772 NV soit un ratio de 1060 pour 100 000 NV.
- *Age:* Les patientes de la tranche 25-29 ans étaient les plus touchées (30%) avec une moyenne de 29,5 ans. L'écart type de 0,86, des extrêmes de 15 et 44 ans.
- *Profession:* Les ménagères étaient les plus concernées avec 52,5% suivies des femmes ayant une profession libérale avec 37,5%.
- *Niveau d'instruction :* Trente patientes sur 40 (75%) n'étaient pas scolarisées contre 15 et 7,5% respectivement pour les niveaux primaire et secondaire.
- *Statut matrimonial :* Les mariées étaient plus nombreuses 87,5% contre 12,5% des célibataires.
- *Parité:* Les pauci pares et les primipares étaient les plus touchées avec respectivement 35% et 25%.
- *Suivi Prénatal:* Vingt et quatre patientes décédées sur quarante (60%) n'avaient eu aucune consultation prénatale.
- Période de survenue

CLINIQUE:

1- *Motifs de consultation :* Vingt et quatre patientes décédées sur quarante (60%) étaient admises pour hémorragie suivies de l'hypertension et l'éclampsie (22,5%).

2- *Evolution :* Dix et neuf femmes décédées sur 40 (47,5%) avaient consulté seulement après la 12^{ème} heure contre 30% avant la 6^{ème} heure.

3- *Concordance entre diagnostics d'évacuation et d'admission :* Pour vingt et sept dossiers Sur 40 (67,5%), les diagnostics correspondaient.

4 *Disponibilité de kits :* Pour vingt et sept patientes sur 40 (67,5%), le kit d'urgence était disponible contre 32,5%.

5- *Sollicitation d'autres spécialités* : Onze (11) cas sur 40 (27,50%) avaient bénéficié de la demande d'avis à une autre spécialité contre 29 cas sur 40 (72,50%).

6- *Traitement reçu* : Vingt et une patiente décédée sur 40 (52,5%) avaient eu le traitement médical contre 45% pour la chirurgie.

7- *Type de chirurgie* : Quatorze patientes décédées sur 18 opérées (77,8%) étaient césarisées.

8- *Honorabilité de la demande de sang* : Neuf requêtes de sang sur 21 (42,9%) étaient honorées.

9- *Période de survenue des décès* : Le décès était observé dans 51,4%, 31,4% et 16,2% des cas respectivement au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

10- *Retards* : Trente et cinq décès sur 40 (87,5%) du collectif étaient imputables aux premier et 3^e retards.

11- *Causes de décès* : Les décès étaient dus aux causes directes dans 64,1% des cas contre 35,9% pour celles indirectes.

12- *Caractère évitable ou non* : Dans 87,5% de cas les décès étaient évitables contre 12,5%.

DISCUSSION

Epidémiologie

Ratio : Nous avons colligé 40 dossiers de décès maternels sur 3772 NV soit un ratio de 1060 pour 100 000 NV. Ce résultat aux est presque le double des 724 décès pour 100 000 NV de l'EDS4 Guinée 2012⁸ et le quadruple de 288 pour 100000 NV trouvés par Gandzien⁴ au Congo Brazzaville en 2005. Ce ratio serait en rapport avec le caractère dernier niveau de recourt de notre service dans la pyramide sanitaire du pays avec des ressources limitées, recevant des urgences graves y compris <<celles désespérées>>.

1 *Age* : L'âge moyen était de 29,5 ans avec des extrêmes de 15 et 44 ans La tranche d'âge la plus touché était celle de 25-29 ans (30%). Cette moyenne est plus élevée que les 26 ans notés en 2004 dans la série Ivoirienne⁷

2 *Profession*: Les ménagères étaient plus nombreuses dans notre collectif. Le constat est similaire à ceux de la sous-région^{7, 8,10}. Cette proportion élevée serait liée à la faiblesse du revenu dans ce groupe et de l'influence de la famille dans la prise de décisions de consulter dans une structure de santé.

3 *Niveau d'instruction*: Les patientes décédées étaient non scolarisées dans 75% de cas. Ce taux élevé de femmes non scolarisées est en rapport avec celui de la population générale en guinée ou l'on note 74% d'analphabètes dont 85,3% de sexe féminin, selon l'ED S4 Guinée⁸.

4 *Statut matrimonial*: Les femmes mariées avaient payé le plus lourd tribut (87,50%). Ce qui 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. Le constat est similaire dans les séries africaines^{1,2,6,11}.

5 *Parité* : Les trois premières parités exposent au décès maternel avec 60% dans notre série. Pour N'guessan et al.¹² le décès maternel augmente avec la parité. Ces deux groupes sont le plus souvent des adolescentes, non scolarisées donc peu conscientes de la nécessité de veiller à leur état de santé.

6 *Suivi prénatal* : L'absence de soins prénataux serait un facteur de prédisposition à la mort pendant la période gravidico puerpérale avec 57,90% de notre population d'étude. Ce résultat est superposable à ceux de certains auteurs de la sous région^{7,12,13} mais le triple de celui rapporté par Horo⁷ en 2008 en Côte d'Ivoire. L'OMS a recommandé, depuis 1998, un minimum de 4 CPN au cours de la grossesse. Cependant, il est à souligner que le nombre de suivi prénatal ne met pas les gestantes à l'abri de décès mais plutôt la qualité de celui-ci et surtout la période à laquelle ils sont effectués. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que ces patientes ignorent les avantages du suivi prénatal.

7 *Mode d'admission* : Le mode d'admission influencerait dans la survenue du décès avec 70% des patientes référées dans notre échantillon dont 50% en provenance des postes de santé. Ce résultat est compris entre les 63,5% et 17% rapportés par Mayi Tsonga et al.⁶. Respectivement en 2006 et 2010 au Gabon^{15,16} pour ledit paramètre. Cette proportion serait liée aux proximité et facilité d'accès à ces structures très souvent gérées par un personnel non qualifié d'une part, d'autre part par les conditions d'évacuation souvent précaires à cause de la quasi absence du transport médicalisé.

Clinique :

1 *Motifs de consultation*: La survenue du décès maternel serait en rapport avec le motif de consultation de la victime. Dans notre collectif, 4 femmes décédées sur 10 étaient reçues pour hémorragie. Le constat était similaire au

Gabon⁶ en 2010 et en Algérie¹⁰ en 2011 avec respectivement 40% et 50%. Cette fréquence élevée s'expliquerait par la place de l'hémorragie dans les causes de décès.

2 Evolution : Le délai entre le début des symptômes et la consultation prédisposerait au décès maternel. Dans notre étude 47,50% des décédées n'avaient consulté une structure sanitaire qu'après la 12^e heure de l'apparition du premier symptôme. C'est aussi l'observation dans la série Ivoirienne⁷ en 2008 avec 78,69%. Dans nos régions, les femmes, mêmes salariées, ne jouissent pas d'autonomie dans la prise de décisions.

3 Concordance entre les diagnostics d'évacuation et à l'admission: Les deux diagnostics concordent dans 67,9% des cas dans notre étude. Le constat est similaire dans plusieurs séries^{3,10,14}. Cette proportion élevée serait due aux multiples formations en soins obstétricaux et néonataux de base et ceux complets organisés par le personnel pour les maternités périphériques.

4 Disponibilité de kits d'urgence: La disponibilité de produits d'urgence améliorerait la prise en charge des patientes. Dans notre collectif, elle était de 67,50%. Ceci est à l'actif des gouvernants qui ont décrété la gratuité des soins obstétricaux et néonataux depuis une dizaine d'années. Toutes fois, les trois femmes sur 10 qui restent, imposent des efforts supplémentaires pour rendre cette couverture « universelle ».

5 Sollicitation d'autres spécialités: Dans notre étude 27,5% des patientes décédées avaient bénéficié de la demande d'autres spécialités et 45,5% (5/11) avaient eu une réponse favorable. Ce qui serait lié d'une part au nombre réduit de personnel au cours des gardes et de l'autre, au manque de promptitude du personnel dans les échanges inter disciplinaires.

6- Traitement : Le traitement médical avait primé dans notre collectif avec 52,5%. Ce résultat corrobore ceux de la littérature^{4,5,10}. Cependant, 45% des patientes avaient bénéficié de la chirurgie.

7- Type de chirurgie : La césarienne a été la principale pourvoyeuse de décès maternels (77,80%). Cette proportion élevée serait due au fait que la césarienne soit le dernier recours pour l'obstétricien pour aider des parturientes 2 ou 3 fois évacuées avec de pannes dynamiques réfractaire au traitement médical.

8- Produits sanguins: La transfusion était indiquée dans 52,50% des cas, justifiant ainsi la première place occupée par l'hémorragie dans les motifs d'admission et la survenue du décès maternel. 42,9% des patientes avaient obtenu du sang. Cette situation serait due aux ruptures répétées de stocks de produits sanguins, à l'incapacité des familles le plus souvent à trouver 2 donneurs pour une poche de sang, dispositions en vigueur au Centre national de transfusion sanguine.

9 Période de survenue: Les décès surviennent dans toute la gravido puerpéralité: l'antépartum 54,4% dans notre série, le perpartum en 2010 en Algérie et Cote d'Ivoire avec respectivement 40%; 66,4%^{7,10} et le post partum au Gabon avec 93% en 2006¹⁵.

10 Retards: Les premier et troisième retards avaient plus contribué dans la survenue de décès avec 87,5% chacun. Pour Gunawan et al.¹⁵ en 2002, en Indonésie, 76,70% des décès étaient liés au 1^{er} retard. Le 1^{er} retard pourrait s'expliquer par les insuffisances dans l'offre de CPN recentrées au cours desquelles 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. Quand au 3^{ème} retard, la part des hôpitaux préfectoraux, régionaux et des centres médicaux communaux qui réfèrent était de 17,10% contre 82,9% pour notre service. Cette proportion élevée de retard dans la prise en charge au niveau de notre service se justifierait par la fourniture non permanente de kits d'urgence d'une part et de l'autre, aux difficultés éprouvées par les parents après un long séjour en périphérie, pour combler « ce vide financier ».

11 Cause des décès : Le décès maternel était du aux causes obstétricales directes dans 65% des cas. Le constat est similaire dans la littérature OMS¹⁵. Toutefois, l'hémorragie occupe la première place dans notre série avec 40%. Le constat est semblable dans les études de Chelli D²⁴ en Tunisie et de Horo⁶ en Cote d'Ivoire avec de proportions moins élevées. Cependant, pour Benmouhoub¹⁰ en Algérie en 2011, les hémorragies occupaient la deuxième place avec 16,60%.

12 Caractère évitable ou non : Les décès sont en général évitables mais à des proportions diverses : 87,50% dans notre étude, 100% et 49% respectivement pour Horo et al.⁷ et Deneux et al.¹⁵, en 2008.

CONCLUSION

La réduction de ce ratio passerait par l'offre de consultation prénatale recentrée, celle de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets, la remise à niveau des prestataires des structures de base, la promptitude dans la prise en charge dès l'admission des urgences, la disponibilisation des kits et des produits sanguins.

RÉFÉRENCES

- 1 OMS :** Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale ; Réduire la mortalité maternelle, Genève 2000:618-622
- 2 Bouvier Colle MH, Deneux TC, Couet C, Michel E.** Estimation de la mortalité maternelle en France : Une nouvelle méthode. *J de gynécol. Obstét et biol Réprod* 2004;33:421-429.
- 3. Ben Salem J, Jmal A, Aifum C.** Epidémiologie de la mortalité maternelle au CHU de Monastir. *Journal maghrébin d'anesthésie- réanimation et de médecine d'urgence* 2006;13,52:8-10.
- 4-Gandzien PC.** La mortalité maternelle au Centre Hospitalier de Talangaï- Brazzaville. *Méd Afr Nre* ; 2005;52;12:657-660
- 5. Dellagi RT, Belgacem M, Hamrouni M, Zouari B.** Evaluation du système de suivi des décès maternels dans les structures publiques de Tunis (1999-2004) *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14, 6 november-décember 2008;14:1- 11.
- 6. Mayi- Tsonga S, Okasana L, Diallo T, Methogo M, Ndombi I, Mendome G et al.** Etude sur les décès maternels au centre hospitalier de Libreville. *Méd Afr Nre* 2010;57:8-9.
- 7- 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 Nre* ; 2008;55,8-9:449-453.
- 8- 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
- 9 DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE (GUINEE).** Enquête Démographique et de santé III (EDS- MICS, 2005), Institut National de la statistique Conakry, MEASURE, DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA – 2005:1-13
- 10- Benmouhoub N.** La mortalité maternelle en Algérie *Journal maghrébin d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence* 2010;17,74:225-227.
- 11-Bah A O, Diallo M H; Condé A M.** Hypertension artérielle et grossesse: Mortalité maternelle et périnatale *Méd Afr Nre* 2001;48,11:461-464.
- 12-N'guessan E, Bouhoussou PE, Touré B.** Facteurs de risque de mortalité maternelle chez les adolescents : A propos de 60 cas colligés. *Médecine d'Afrique Noire* ; 2010;57;11:521-526.
- 13. Lankoandé J, Ouedraogo C, Toure B., Ouedraogo A, Dao B, Koné B.** Mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso): à propos de 123 cas colligés 1995. *Méd Afr Nre* 1998;45,3:187-190
- 14. Ouedraogo C, Ouedraogo A, Ouattara T, Ako T, Nga M, Thieba B et coll.** La mortalité maternelle au Burkina Faso : Evolution et Stratégie nationale de lutte. *Méd Afr Nre* 2001;48,11:36-39
- 15- Gunawan S, Meg E W, Endang A.** A district based audit of the causes circumstances of maternal death in south Kalimantan, Indonesie. *Bull WHO* 2002, 80:142-145.