



Article Original

Analyse des Décès Maternels au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (Libreville) de 2019 à 2022

Analysis of maternal deaths at the Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (Libreville) from 2019 to 2022

Minkobame Zaga Minko UP¹, Ntsame Mezui EJ¹, Makoyo Komba O¹, Minto'o Ntougou EJ¹, Eya'ama Mve R¹, Edzo Mvono I¹, Bang Ntamack JA¹, Meye JF¹

Affiliations

¹ Département de Gynécologie-Obstétrique- Faculté de Médecine- Université des Sciences de la Santé

Auteur-correspondant : Dr

Minkobame Zaga Minko Ulysse
Pascal. BP : 212 Libreville/ Gabon.
Tel : 0024177284537.e-mail :
ulyseminkobame@yahoo.com

Mots-clés : Décès maternels, causes, dysfonctionnement, CHUMEFJE.

Key words: Maternal deaths, causes, dysfunction, CHUMEFJE.

RÉSUMÉ

Introduction. La mortalité maternelle est un indicateur du bon fonctionnement d'un pays. Nous analysons les décès maternels enregistrés au CHUME FJE de 2019 à 2022. **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée au sein du département de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère enfant FJE de Libreville. L'étude s'est tenue durant 4 ans de Janvier 2019 à Décembre 2022. Ont été inclus toutes les patientes dont le décès maternel a été notifié dans la structure. Après notification du décès une fille de recueil a été remplie et les caractéristiques pré- hospitalières, les circonstances du décès et les dysfonctionnements possibles ont été relevés. **Résultats.** Nous avons enregistré 29 décès maternels pour 18346 accouchements soit un taux de décès maternels de 158/100000 naissances vivantes. L'âge moyen des patientes étaient de 29,8±2,4ans. Les patientes étaient paucipares (58,6%) avec un suivi de grossesse régulier (86,2%), évacuées (58,6%) par un taxi (65,5%). Les causes des décès étaient dominées par les hémorragies (41,4%) l'HTA ses complications (24%) et les infections (20,6%). Le premier retard a été incriminé. Les dysfonctionnements rencontrés étaient, l'indisponibilité du bloc (13,8%), l'indisponibilité de produits sanguins (31%). **Conclusion.** Le taux de décès maternel est encore élevé dans la structure. Une amélioration du système d'information éducation et sensibilisation des gestantes est de rigueur.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is an indicator of how well a country is functioning. We analyse maternal deaths recorded at the CHUME FJE from 2019 to 2022. **Materials and methods.** This was a descriptive cross-sectional study carried out in the obstetrics and gynaecology department of the CHU Mère Enfant FJE in Libreville. The study was conducted over a 4-year period from January 2019 to December 2022 and included all patients whose maternal death had been notified to the facility. After notification of death, a data collection form was filled in and the pre-hospital characteristics, circumstances of death and possible malfunctions were recorded. **Results.** We recorded 29 maternal deaths for 18346 deliveries, i.e. a maternal death rate of 158/100000 live births. The average age of the patients was 29.8±2.4 years, and they were poor (58.6%) with regular pregnancy follow-up (86.2%), evacuated (58.6%) by taxi (65.5%), and the causes of death were dominated by haemorrhage (41.4%), high blood pressure and its complications (24%) and infections (20.6%). The 1st delay was incriminated. The dysfunctions encountered were the unavailability of the operating room (13.8%) and the unavailability of blood products (31%). **Conclusion.** The maternal death rate is still high in the facility. We need to improve the information, education and awareness system for pregnant women.

INTRODUCTION

La mortalité maternelle se définit comme tout décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 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].

Son incidence reste élevée dans les pays en développement ce qui en fait un réel problème de santé

publique. En effet, selon les Nation Unies toutes les deux minutes, une femme meurt pendant la grossesse ou l'accouchement [2]. Le rapport de l'OMS intitulé : « Trends in maternal mortality », met en évidence des régressions alarmantes pour la santé de la femme au cours des dernières années [2]. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans les pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du sud [2]. En

Afrique subsaharienne, les études indiquent que le taux de mortalité maternel est en augmentation [2]. Une femme vivant dans un pays pauvre a un risque moyen de mourir d'une complication liée à la grossesse environ 250 fois plus grand qu'une femme vivant dans la plupart des pays développés[2].

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet

La prévalence de l'hypertension artérielle au Cameroun est de 32%.

La question abordée dans cette étude

Prévalence et facteurs associés à l'hypertension artérielle dans cinq régions du Cameroun

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. L'âge moyen était de 44,5±15,7 ans et le sex-ratio de 0,58.
2. La prévalence communautaire de l'hypertension artérielle était de 38,95%.
3. Parmi les hypertendus connus, 65,10% avaient une tension artérielle non contrôlée.
4. La proportion non diabétique (aOR=1,68 ; CI : 1,17-2,42) avait près de 2 fois plus de risque de développer une hypertension que la proportion diabétique.
5. Les personnes ayant pris leur tension en cours d'année (aOR=0,43 ; CI : 0,25-0,73) avaient moins de risque de développer une hypertension, comparés à ceux qui n'avaient jamais fait de prise de tension.
6. Les participants en surpoids (aOR=0,53 ; CI : 0,38-0,72) et obèses (aOR=0,46 ; CI : 0,34-0,64) avaient moins de risque d'avoir une hypertension que ceux avec un indice de masse corporelle classé normal.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

La prévalence communautaire de l'HTA est en augmentation. Il y a nécessité d'étendre cette étude à l'ensemble du territoire camerounais.

Au Gabon, en 2002 la mortalité maternelle était de 519/100000NV, en 2012 elle est passée à 316/100000NV. En 2021, ce taux a connu une inflation du fait de la COVID-19 passant à 399/100000NV. [3]

Aussi en 2014, au Gabon, l'OMS a procédé à la formation des formateurs sur l'analyse des décès maternels par la mise en place de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte. En 2019, le CHUMEFJE, structure de référence a ouvert les portes pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes. Malgré ces efforts consentis, les progrès sont très minces et les femmes meurent encore en donnant la vie. C'est pourquoi il nous est paru opportun de réaliser ce travail dont l'objectif est d'analyser les décès maternels survenus au CHUMLEFJE de 2019 à 2021.

PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive réalisée sur une période de 4 ans, allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2022. Notre étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME-FJE) à Libreville.

L'étude a porté sur toutes les patientes enceintes décédées pendant la période d'étude.

Tous les cas de décès enregistrés dans le service durant la période d'étude étaient inclus. Nous avons exclu les arrivées décédées.

Nous avons procédé à l'enregistrement exhaustif de tous les cas de décès maternel au CHUME-FJE pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion.

Les trois facteurs liés aux décès maternels modélisés par Thadeus et Maine, sous forme de retards ont été recherché : 1^{er} retard (retard dans la décision d'aller consulter les services de santé), 2^{ème} retard (retard pour atteindre une formation sanitaire), 3^{ème} retard (retard pour recevoir des soins appropriés une fois dans la structure sanitaire.)

Le recueil des données a été réalisé sur un questionnaire à partir des : des formulaires de notification des décès maternels, le partogramme, le carnet de consultation pré natales, le dossier des patientes et des rapports médicaux. Les paramètres suivants étaient étudiés: caractéristiques socio-épidémiologiques des patientes, les caractéristiques du décès (cause du décès, délais entre la complication et le décès, le lieu du décès), les dysfonctionnements rencontrés. L'analyse s'est faite à l'aide du logiciel Sphinx Plus.

RÉSULTATS

Prévalence

Durant la période d'étude, 18 346 accouchements ont été réalisées, nous avons enregistré 29 décès soit un taux de mortalité de 158 pour 100 000 NV.

Caractéristiques pré hospitalières (tableau I)

L'âge moyen de nos patientes décédées était de 29,8 ans ±2,4. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 30-39ans (55,1%)

Tableau I : Répartition des patientes selon le caractère pré hospitalier

Caractéristiques	N	%
Age		
<20 ans	2	6,9
20-29 ans	10	34,5
30-39 ans	16	55,1
>40	1	3,44
Age moyen : 29,8±2,4 ans		
Parité		
primipares (1 enfant)	6	20,7
Paucipare (2-3 enfants)	17	58,6
Multipares (3-6)	6	20,7
Suivi prénatal		
Une visite ou plus	25	86,2
Aucune visite	4	13,8
Provenance		
Non évacuées	12	41,4
Evacuées	17	58,6
Moyens de transport		
Ambulance	6	20,7
taxi	19	65,5
Voiture personnel	4	13,8
Délai du transport		
Délai médian : 16h		
<12h	15	51,72
12-24h	12	41,37
24-72h	1	3,44
>72h	1	3,44

Les patientes paucipares étaient majoritaires (58,6%). Nous avons noté (20,7%) de multipares. Le suivi prénatal était régulier chez 86,2% des gestantes et 13,8% n'avaient réalisé aucune visite prénatale.

Par ailleurs, nous avons enregistré 58,6% de patientes qui étaient évacuées. Le moyen de transport le plus utilisé était le taxi (65,5%). Elles avaient été évacuées avec un délai de transport médian de 16 heures [extrême 2h et 96h].

Caractéristiques du décès (tableau II)

La quasi-totalité des décès sont survenus dans le post partum (82%). Quatre-vingt-treize pour cent des décès sont survenus dans le service de réanimation médicale. Concernant les causes des décès, les causes obstétricales directes étaient les plus représentées (82%). Elles sont dominées par l'hémorragie (41,3%), l'hypertension artérielle et ses complications (24,1%) et les infections (20,6%). Selon les trois types de retard selon Thadeus : le premier retard a été objectivé chez 41% des patientes et le troisième retard chez 38% des patientes. Le décès était inévitable dans 75,7% des cas.

Tableau II : Répartition des patientes selon les caractéristiques du décès

Caractéristiques	N	%
Moment du décès		
Post partum	25	82
Ante partum	3	12,8
Post abortum	1	3,4
Lieu du décès		
Réanimation	27	93
Maternité	1	3,4
Bloc opératoire	1	3,4
Causes obstétricales direct		
Hémorragie	12	41,4
HTA	7	24
Infection	6	20,6
Causes obstétricales indirectes		
Cardiopathies	2	6,9
Pneumocystose	1	3,4
Pneumopathie	1	3,4
Type de retard		
1 ^{er} retard	12	41
2 ^{ème} retard	11	38
3 ^{ème} retard	6	21
Évitabilité du décès		
Décès évitable	22	75,7
Décès non évitable	07	24,3

Dysfonctionnement (tableau III)

La recherche des dysfonctionnements a permis de mettre en évidence l'indisponibilité du bloc opératoire dans 13,79% des cas. Il y avait un besoin de produit sanguin immédiatement chez 12 (41,3%) des femmes. Parmi ces patientes, le sang était disponible chez 9 (31%) d'entre elles. Le délai médian de survenu de la complication après l'accouchement était de 5h25 avec des extrêmes de 1h et de 18 jours. La tranche horaire la plus représentée était celle de 1h à 6h (20,6%). Le délai médian de survenu du

décès après accouchement était de 6,8 jours avec un délai minimum à 1 jour et le maximum à 42 jours.

Tableau III : type de dysfonctionnement rencontré

Caractéristique	N	%
Disponibilité du bloc opératoire		
Bloc disponible	16	55,7
Bloc non disponible	4	13,79
Pas d'indication opératoire	9	31
Disponibilité du sang		
Besoin transfusionnel	12	41,4
Pas de besoin transfusionnel	17	58,6
Sang disponible	9	31
Délai de survenu de la complication après l'accouchement		
≤1h	3	10,3
1h-6h	6	20,6
6h-12h	5	17,24
12h-24h	7	24,3
24h-72h	4	13,79
>72h	4	13,79
Délai moyen : 5.25h ext [1h,432h]		
Délai de survenu du décès après admission		
≤24h	8	27,58
24h-36h	2	6,9
36h-72h	3	10,3
>72h	14	48,27
Délai médian : 6,8jours ext [1jour et 42jours]		

DISCUSSION

Fréquence

Le taux de mortalité maternel de notre étude était de 158/100 000 naissances vivantes soit 29 décès maternels pour 18 346 naissance vivante. Ce taux reste élevé et rejoint celui de Mayi- Tsonga et al [4] au Gabon ont retrouvé 136 cas de décès maternels en 6 ans tout comme Fumulu J N au Cameroun [5] et al rapporte un taux de mortalité de 365/ 100 000 Naissances vivantes sur une période de 4 ans.

Constat est fait que pour le continent africain, qui concentre les ratios de mortalité maternelle les plus élevés, la situation ne semble pas s'améliorer [1]. En revanche, les taux de mortalité restent très faibles dans les pays en développement à l'exemple de Bouvier et al qui rapporte un taux de mortalité en France de 9,1 pour 100 000 naissances vivantes, contre 13,8 en Caroline du Nord et 6,1 en Finlande. [6]

Le niveau élevé de décès maternels dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux soins de santé. Ces taux élevés dans nos régions s'expliquent du fait que les décès maternels sont liés à la pauvreté et à ce qui la constitue : manque d'éducation, d'information et donc de possibilité de choix éclairé, faible statut social. Au Gabon selon la dernière Enquête Démographique et de Santé [3], le taux de mortalité maternelle a augmenté à 399/100000 naissance vivantes. Notre taux, qui est porté sur des données hospitalières témoigne du caractère de centre de référence avec des protocoles et prises en charge codifiés. Aussi, malgré la COVID- 19, notre structure est-elle restée la seule à pouvoir assurer les accouchements et prendre en charge toutes les urgences obstétricales durant cette période. Cela aurait pu influencer ce taux des décès maternels mais force est de constater que nous avons

gardé un cap en dessus des valeurs nationales. Ce constat n'est pas le même au Niger pour Garba et al [7] qui dans leur travail présentait un taux de mortalité maternel hospitalier de 3713,53/100000 naissances vivantes, pour un taux national de 554/100000 en 2010.

Caractéristiques socio démographiques et pré hospitalières

L'Age médian de nos patientes décédées était de 29,8±2,4 ans ce qui présente des similitudes avec celle de Mayi Tsonga et al qui retrouvait une moyenne d'âge de 25 ± 5 ans [4].

Notre série est en accord avec les résultats de Fumulu et al au Cameroun [5], qui retrouvait un âge moyen des patients décédé de 28,22 ans et sont superposables à ceux Kahindo et al en RDC qui retrouvait un âge moyen des mères décédés de 30 ans [8].

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à cette tranche d'âge, la fréquence des accouchements est élevée. En effet il s'agit donc de la période d'activité génitale active.

L'analyse de la parité montre un taux de mortalité élevé chez les paucipares avec 58 ; 6 % des décès maternels. Ce résultats rejoignent la plus part des séries africaines notamment celle de Foumane et al au Cameroun [9] ; Mayi Tsonga et al au Gabon [4].

Plus de la moitié (86,6%) de nos patientes a eu des contacts pré natals durant leur grossesse. Foumane et al a retrouvé 31% de femmes suivis [9] ; Chelli D et al retrouvait 42 % de grossesse non ou mal suivit [10]. Les soins prénataux sont indiscutablement un des indicateurs du pronostic materno fœtale. , toutefois il faudrait que ces contacts soit suffisants et de bonne qualité. L'absence de soins prénataux de qualités pourrait expliquer nos résultats discordant avec les autres séries. Dans notre série on relève un taux important de patients référés ou évacués (58,6 %) des cas avec un délai médian de transfert qui était de 16 h. Cela peut s'expliquer par les conditions socioéconomiques difficile de nos patientes, l'éloignement des centres de santé , le retard d'évacuation et la difficulté du transfert des patiente par le manque d'ambulance , expliquant le transfert de la majorité de nos patientes par le transport en commun (65,5%). Ce constat est soutenu par [11] qui affirme que les décès surviennent chez des patientes de faible niveau économiques, habitant loin des structures sanitaires et de niveau scolaire bas.

Ces chiffres montrent une fois encore la défaillance du système de référence et l'insuffisance de communication entre le centre de référence et celui de réception. L'évacuation constitue donc un facteur péjoratif comme le montre d'autre auteurs africains (12 ; 13).

Caractéristiques du décès

Plus de la moitié des patientes 24 (82,75 %°) sont décédés en post partum. Bouhossou et al [14] retrouvait 58,5 % de décès en post partum ;

Cause du décès et dysfonctionnement

Les principales causes directes de décès chez nous restent l'hémorragie (41,4%) suivies de l'hypertension artérielle

et ses complications (24%) et des infections (20,6%). Nos résultats sont accord avec les résultats retrouvés chez la plus part des pays en voies de développement (7, 10,15). Les complications de l'HTA occupent une place importante dans les décès maternels. Foumane et al au Cameroun retrouvaient 22,5 % de décès liée à l'HTA [10] .Mayi Tsonga et al au Gabon retrouvaient 35.5 % d'éclampsie [4]. Dans notre série nous avons objectivés 24 % de complications d'HTA. La prévention des complications de l'HTA passe par un suivi de grossesse par un personnel qualifié. Le délai médian de survenu du décès était de 6,8jours avec près de la moitié des patientes qui mourraient après 3jours.En revanche, chez Garba [7], un-quart des patientes mourraient une heure après leur admission. Ces résultats peuvent s'expliquer par la quête d'amélioration de qualité de soins recherchée dans notre structure avec tous les services en place et tous les intrans qui sont continuellement fournis et renouvelés.

Le caractère évitable des décès maternels a été mis en évidence par Foumane et al [9]. Diallo F.B. et al au Sénégal retrouvent 95, 84% de mortalité évitable [16]. Dans notre série nous avons objectivé 75,7 % de décès évitable. Ces décès sont liés au retard dans la prise en charge de ces patientes

En effet, le premier retard a été objectivé chez 41% des patientes. Nos patientes ont présenté un retard à se rendre en consultation chez nous lié à l'éloignement et au manque de moyens financiers. Trente-huit pour cent de nos patientes ont présentés deuxième retard car elles avaient accouchées principalement dans des structures non équipés pour prendre en charge une urgence obstétricale, le diagnostic de la complication et le délai de transport était long. Ce qui a aggravé le pronostic de ces patientes.

CONCLUSION

Le taux de décès maternel dans notre structure reste élevé 158 / 100 000 naissances vivantes.

La majorité des décès reste évitable car il s'agit principalement de l'hémorragie et des complications de l'HTA.

Il est à noter que nos patientes arrivent principalement d'autres structures avec une complication et le délai de transfert reste élevé. Une amélioration de la sensibilisation des femmes enceintes par des séances d'information éducation et sensibilisation est importante pour la réduction de la mortalité maternelle.

RÉFÉRENCES

1. INSERM CepiDC. Classification Internationale des Maladies (CIM9).Définition et recommandations.[en ligne] Disponible sur cepede.inserm.fr/causes_medicales-de-deces/cim-9/definitions_et_recommandations. Consulté le 18/01/2024
2. OMS. Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2020 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population de l'UNDESA. ISBN 978-92-4-006931-2 (version électronique).
3. Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF. 2019–2021. Enquête Démographique et de Santé au Gabon, 2019–2021 : Indicateurs Clés. Libreville, Gabon et Rockville, Maryland, USA : DGS et ICF. [en ligne].

- Disponible sur dhsprogram.com/pubs/pdf/PR137/PR137.pdf. Consulté le 22/01/2024
4. Mayi-Tsonga S, Ndombi I, Oksana L et al. Mortalité maternelle à Libreville (Gabon) : état de lieu et défis à relever en 2006. Cahier d'études et de recherches francophone/santé. 2008. 18(4) : 193-7.
 5. Fumulu JN, Ngassa PN, Nong P et al. Mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé : étude rétrospective de 5 ans (2002-2006). Cameroun. Health Sci.Dis 2009; 10 (1). [En ligne] Disponible sur www.hsd-fmsb.org Consulté le 14/10/2023.
 6. Bouvier-colle MH., Philibert M. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. Réanimation 2007. 16: 358-65.
 7. Garba RM, Nayama M, Cisse Akilou, et al. Mortalité maternelle à la maternité Issaka Gazobi de Niamey. J SAGO 2012. 13(2) : 12-7
 8. Kahindo Mbeva JB, Karemere H, Mintogala Ndeba P et al. Maternal deaths factors in hospital Area: A survey at six health districts in the East of the Republic Democratic of Congo. IJIAS.2018; 23:559-68.
 9. Foumane P, Dohbit J. S, Meka E. N. U. et al. Etiologies de la mortalité maternelle à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé: une série de 58 décès. Health Sci.Dis 2015;16(5). [En ligne] Disponible sur www.hsd-fmsb.org Consulté le 22/12/2023
 10. Chelli D, Dimassi K., Zouaoui B et al. Evolution de la mortalité maternelle dans une maternité tunisienne de niveau 3 entre 1998 et 2007. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2009; 38:655-61.
 11. CNGOF. RPC.Méthodes de réduction de la mortalité maternelle dans les pays à haute prévalence. 38^{ème} Journées Nationales 2014 :317-24
 12. Lankoande J, Ouedraogo C, Touré B et al. La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national d'Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 cas colligés en 1995. Med Afr Noire 1998 ;45(3) :187-90.
 13. Ouédraogo C, Ouedraogo A, Ouattara T et al. La mortalité maternelle au Burkina Faso évolution et stratégie nationale de lutte. Med Afr Noire 2001;48 (11) :452-56
 14. Bohoussou KM, Djanhan Y, Boni S et al. La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. Med Afr Noire 1992 ; 39 (7) :480-84.
 15. Iloki L.H., G'Bala Sapoulou M.V, Kpepede F et al. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1994) J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997;26:163-68.
 16. Diallo FB, Diallo AB, Diallo Y, et al. Mortalité maternelle et facteurs de risques liés au mode de vie. Med Afr Noire 1998;45:724–28.