

Prévalence De La Mortalité Maternelle À l'Hôpital Général De Karawa

SHONGO ONASAKA Léon¹; MUSSI BASUGA Emmanuel²; TOROWA KOYAYORO Faustin³;
KOTO MBOKO Dieudonné⁴; DADUA ESENGO Thomas⁵; Guillaume ANGUMO MATSOMBO⁶;
Augustin Moleke Zatsi⁷

^{1,3,5} Assistants à l'ISTM KARAWA/RDC ; shongoleon225@gmail.com

^{2,4} Assistant à l'ISTM YAKOMA/RDC ;

⁶ Assistant_2 à l'ISTM-KARAWA/RDC ; guillaumeangumo@gmail.com

⁷ Chef de Travaux à l'ISTM-BUMBA, RDC ; molekeaugustin@gmail.com



Résumé – la mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Il s'agit d'une étude descriptive afin de décrire la mortalité maternelle à l'Hôpital Général de KARAWA. Après analyse des résultats, le taux de mortalité de maternelle est de 28,4 décès pour mille et 55% de ce décès sont survenus durant la période de post-partum et sont causées à 50% par la pré-éclampsie et l'hémorragie du post-partum.

Mots clés – Mortalité maternelle ; Hôpital Général ; KARAWA

Abstract – Maternal mortality is "the death of a woman occurring during pregnancy or within 42 days after its termination, whatever the duration or location, for any specific or aggravated cause. by the pregnancy or the care it motivated, but neither accidental nor fortuitous". (1). This is a descriptive study to describe maternal mortality at KARAWA General Hospital. After analysis of the results, the maternal mortality rate is 28.4 deaths per thousand and 55% of these deaths occurred during the postpartum period and 50% were caused by pre-eclampsia and haemorrhage from the postpartum.

Keywords – Maternal mortality; General Hospital; KARAWA.

I. INTRODUCTION

Selon OMS, 2016, la mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement [1]. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités.

En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont été réalisés [2].

Entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an. Néanmoins, la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée à partir de 2000. Dans certains pays, le repli annuel de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010 s'est situé au-dessus de 5,5%, qui est le taux nécessaire pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement [3].

Les causes se subdivisent en causes obstétricales directes et indirectes. Les causes obstétricales directes résultent de complications obstétricales pendant la grossesse, le travail et les suites de couche, d'interventions, d'omissions, d'un traitement

incorrect, d'une négligence ou d'un enchaînement d'événements résultant de pathologies (Dystocies, hémorragies, avortements, maladies hypertensives de la grossesse et ses complications, infections ...) [4].

Dans le monde, environ 80% des décès maternels résultent de ces complications directes de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches. La cause la plus fréquente de décès - un quart de tous les décès maternels - est l'hémorragie grave, en particulier celle du post-partum [5].

L'hémorragie, qui peut être soit antépartum, qui est un saignement vaginal se produit avant la naissance de l'enfant ; et l'hémorragie post-partum, qui est un saignement excessif se déclenche peu après la naissance [6]. Elle est responsable de près de 25% de tous les décès maternels. Elle peut conduire très rapidement à la mort en l'absence de soins immédiats. Les infections, qui sont souvent la conséquence d'une mauvaise hygiène au cours de l'accouchement ou d'infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées, sont à l'origine de quelques 15% des décès maternels [7].

Les troubles hypertensifs de la grossesse, en particulier la pré-éclampsie et l'éclampsie (convulsions), sont à l'origine de quelques 12 % des décès maternels. La dystocie ou travail prolongé est à l'origine d'environ 8% des décès maternels. Il est souvent causé par une disproportion céphalo-pelvienne (la tête du fœtus ne peut franchir le bassin de la mère) ou par une présentation anormale (le fœtus se présente mal dans la filière pelvi génitale) [8]. Elle nécessite le plus souvent une césarienne. Les complications de l'avortement à risque sont responsables d'une proportion importante (13%) de décès maternels. Dans certaines parties du monde, un tiers ou plus des décès maternels sont associés à des avortements à risque [9].

Environ 20% des décès maternels leur sont imputables aux causes indirectes suivantes : la fécondité élevée avec des grossesses trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et trop tardives (au-delà de 35 ans). La maternité précoce dont les organes génitaux sont immatures et incapables de mener une grossesse à terme et cela résulte qui de dystocie liée à une disproportion céphalo-pelvienne. A cela s'ajoute les facteurs liés au système de santé qui se caractérise par un déficit en structures, en équipements, en personnel sanitaire qui est mal réparti, non recyclé et ou peu motivé et autres facteurs [10].

Ces décès peuvent être évités quand les femmes ont accès à des informations et à des services de planification familiale, à des soins en cas de complications de la grossesse et l'accouchement assisté par un personnel qualifié [11].

Selon les statistiques du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), 2015, en RDC, quatre femmes meurent par heure des suites de complications liées à la grossesse ou l'accouchement. Les causes de ces complications sont généralement liées à l'hémorragie et l'éclampsie. Environ 19% d'adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà donné naissance à au moins 1 enfant, c'est ce qu'on appelle grossesses trop précoces. D'autre part, environ 7% des femmes de plus de 45 ans ayant plus de 7 enfants continuent de mettre au monde [12].

II. MÉTHODE

Cette recherche est de nature quantitative et est du type descriptif transversal. Elle a pour objectif celui de décrire la prévalence de la mortalité maternelle et déterminer ses causes ainsi que le traitement instauré à l'HGR de KARAWA.

Notre étude a couvert la période allant du 25 Juillet au 25 septembre 2021. Elle est menée à l'Hôpital Général de KARAWA dans la province du Nord Ubangi, portant sur les fiches des gestantes fréquentant ladite institution sanitaire. Dont 2037 fiches ont été obtenues d'une manière aléatoire et parmi les quelles, on a enregistré 58 cas de décès maternel.

Pour la collecte des données, nous avons utilisé la méthode d'enquête, la technique d'analyse documentaire soutenue par la grille de collecte des données comme instrument.

L'échantillonnage utilisé est probabiliste aléatoire simple. Les résultats trouvés dans cette étude ne concernent que les fiches consultées à l'Hôpital Général de KARAWA durant la période de notre étude.

Le traitement de données a été fait à l'aide du logiciel statistique SPSS version 22.0. La réalisation de cette étude a été grâce à l'obtention du consentement éclairé des autorités de la dite hôpital. Ainsi, la confidentialité des informations livrées et d'anonymat de l'identité des enquêtés était rigoureusement respecté.

III. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Cette partie présente les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

La majorité de nos enquêtés soit 45,0% sont dans la tranche d'âge de 26 à 32 ans. L'âge inférieur est de 14 ans et l'âge supérieur est de 49 ans.

Nous avons enregistré des mères âgées en dessous de 18 ans et au-delà de 35 ans. Ces deux extrémités d'âge constituent les facteurs de risque du décès maternel.

Pour ce qui est de la profession, 44% sont des femmes ménagères. Selon la profession, 58,3% sont des femmes ménagères et 20,0% sont des fonctionnaires de l'Etat.

Considérant l'état civil, 56% sont des mariés et 24% vivent dans l'union libre.

Selon le niveau d'étude 50% des gestantes, sont du niveau secondaire et 24% des diplômés d'état.

3.2 Antécédents Gyneco-Obstetricaux

Selon la parité, 64% ont de 0 à 2 enfants et 28% ont 3 à 5 enfants. Il y a 12 primipares (qui n'ont pas d'enfant) et 15 grandes multipares (qui ont plus de 6 enfants). Selon la gestité, 55% ont de 0 à 5 grossesses et 24% ont de 6 à 10 grossesses.

Selon le nombre d'avortement, 48% ont connus réalisés de 0 à 3 avortements et 31% de 7 à 9 avortements. Selon l'espace inter-génésique, 72% ont eu leurs derniers accouchements de 0 à 6 ans.

Selon l'âge gestationnel de la grossesse en mois, 90% ont l'âge de grossesse de 7 à 9 mois. Nous constatons que, la totalité de nos enquêtés avait leurs grossesses au troisième trimestre de la grossesse.

Selon la répartition des gestantes en rapport avec la consultation prénatale suivie, 52% ne l'ont pas suivis, 34% l'ont mal suivis (inférieur à visite) et 22 % l'ont bien suivis (supérieur 4 visites). 21% des gestantes ont développé plusieurs pathologies au cours de la grossesse.

TABLEAU N° 1 : Répartition des gestantes selon les pathologies développées au cours de la grossesse

Pathologies développées au cours de la grossesse	Fa	Fo	%
Hémorragie génitale au cours de la grossesse	12	2	16,7
Pré-éclampsie	12	4	33,3
Infection urogénital	12	7	58,3
Diabète gestationnel	12	2	16,7
Céphalée et fièvre	12	3	25,0
Menace d'interruption de la grossesse	12	7	58,3
Mort in utero	12	4	33,3
Grossesses prolongées	12	6	50,0
Utérus cicatriciel	12	5	41,7
Présentation transversale (absence de présentation)	12	2	16,7
Rupture prématuré des membranes	12	5	41,7
Discordance entre l'âge de la grossesse et le volume de l'utérus	12	4	33,3

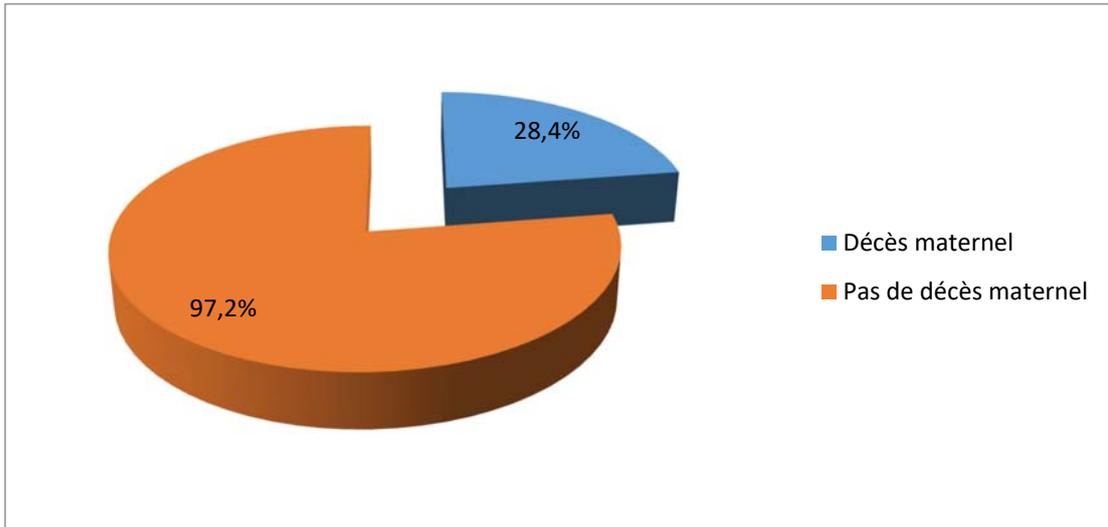
Selon les pathologies développées au cours de la grossesse, 58,3% des gestantes ont connu infection urogénital et menace d'interruption de la grossesse ; 50,0% grossesses prolongées ; 41,7% utérus cicatriciel et rupture prématuré des membranes.

1.3 Déroulement d'accouchement

Selon le type d'accouchement subi, 79% des accouchés ont subi une intervention artificielle (césarienne ou épisiotomie) contre 21% qui ont accouché par la voie base. Selon le type d'intervention gyneco-obstetricale subie, 70% ont subies la

césarienne, 22% qui ont subies l'épisiotomie et 8% le forceps ou ventouse. Selon la durée du travail d'accouchement, 64% ont la durée du travail de 16 h – 20 heures.

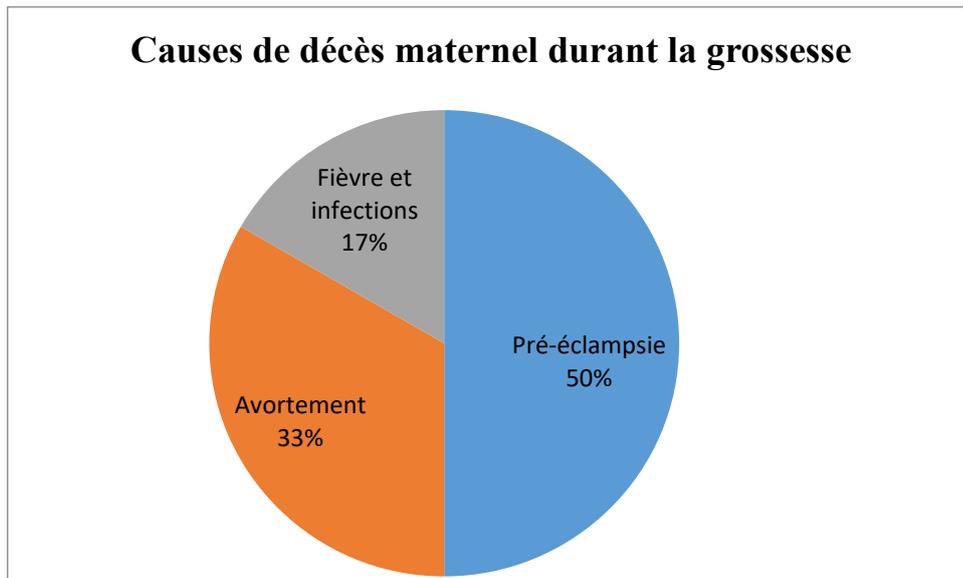
Prévalence du décès maternel



La prévalence du décès maternel est de 2,8 %.

Causes de décès maternel durant la grossesse

Selon les causes de décès maternel durant la grossesse, il s'avère que, 50% sont causés par la pré-éclampsie, 33% suites aux avortements et 17% à cause de la fièvre et les infections.



Ce graphique nous informe que, 50% sont causés par la pré-éclampsie, 33% suites aux avortements et 17% à cause de la fièvre et les infections.

Traitement reçus

Tenant compte de la répartition des gestantes selon le traitement reçus, 83% ont reçus les antibiotiques appropriés selon l'agent causal de l'infection, 67% de la perfusion, 50% des antipyrétiques et antalgies et du Sulfate de magnésium et les antihypertenseurs et 17% ont reçus la Perfusion du schéma quinine.

IV. CONCLUSION

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes:

- hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement);
- infections (habituellement après l'accouchement);
- hypertension durant la grossesse (prééclampsie et éclampsie);
- complications dues à l'accouchement;
- avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement.

RÉFÉRENCES

- [1] **Andreani, conchon, 2005** : Les audits peuvent-ils améliorer la qualité des soins obstétricaux? *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique.*
- [2] **Association Canadienne des Médecins Vétérinaire, 2017** : Des mères en bonne santé, des nouveau-né en bonne santé, un lien vital : perspective de politique générale sur la santé du nouveau-née, éd PRB Washington 2017.
- [3] **BCZ Kenge, 2021** : *Documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction dans le Kwango.*
- [4] **Bougeois-Guérin et Beaudoin, 2017** : Amélioration de l'offre des soins obstétricaux par la délégation des tâches en milieu africain Exemple de l'hôpital du district sanitaire de Bogodogo à Ouagadougou, Burkina Faso.
- [5] **Brouwere, 2017** : *Rapport national des décès maternels au Gabon (2014-2017).* Gabon.
- [6] Burundi par un modèle de réseau régional de soins maternels autour de l'hôpital Rema.
- [7] **Courrier, 2002** : *Comment améliorer la qualité de la césarienne dans les pays d'Afrique sub-saharienne ?* Université Pierre et Marie Curie, Paris.
- [8] **EDS, 2013** : Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle, Rapport final, Genève 2013.
- [9] **FORTNEY, J. A et al. 2005**: Enquête sur les Indicateurs du Sida, rapport de stage de fin de cycle, Côte d'Ivoire 2005.
- [10] **Gani et Moussaoui, 2017** : Mentorat clinique des sages-femmes et maïeuticiens : vers la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 2020.
- [11] **Hafyane, 2014** : Stratégie de réduction de la mortalité maternelle dans l'est du
- [12] **Kaboré, 2018** : « L'étude de cas », Recherche sociale de la problématique à la collecte de données, sous la direction de Benoit Gauthier, *Presses de l'Université Laval*, pp. 199-225.