

*Article original***Causes obstétricales indirectes de décès maternels à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une décennie**

Indirect obstetric causes of maternal deaths at the Fousseyni Daou hospital in Kayes over a decade

M Diassana\*<sup>1</sup>, B Macalou<sup>1</sup>, S Dembele<sup>1</sup>, L Goita<sup>2</sup>, A Sidibe<sup>3</sup>, I Coulibaly<sup>1</sup>, M Haidara<sup>4</sup>, F Kane<sup>5</sup>, C Sylla<sup>6</sup>, A Bocoum<sup>6</sup>, SA Sanogo<sup>6</sup>, S Traore<sup>7</sup>

**Résumé**

Introduction : les causes obstétricales indirectes sont l'ensemble des maladies préexistantes qui peuvent s'aggraver au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. L'objectif de cette étude était d'étudier les causes obstétricales indirectes de décès maternel à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes sur environ une décennie.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, analytique avec collecte rétro prospective sur une période de 10 ans. La collecte rétrospective s'est faite sur neuf ans du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2020 et la collecte prospective sur un an du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2021. Portant sur toutes les patientes décédées par causes obstétricales indirectes dans le service de gyneco-obstetrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS 20.0. Les tests statistiques utilisés ont été Khi2 (Khi-deux de PEARSON), les différences constatées étaient considérées significatives pour une P inférieur à 0,05.

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

Résultats : nous avons colligé 575 décès maternels sur 38854 admissions obstétricales soit une fréquence de 1,48 %. Parmi les 575 décès 125 survenaient par causes obstétricales indirectes soit une fréquence de 21,73%. La moyenne d'âge a été 29 ans avec des extrêmes de 14 à 42 ans. Nos patientes provenaient du milieu rural à 72%. Les patientes non scolarisées ont représenté 93,6% et les mariées aussi avaient le même pourcentage. La gestité moyenne était de 3,75 avec des extrêmes de 1 à 9. La parité moyenne était de 3 avec des extrêmes de 1 à 7. La majorité des patientes n'avaient effectué aucune CPN soit 71,2%. Les patientes évacuées étaient au nombre de 92 soit 73,6%. L'anémie était la première cause de décès avec une fréquence de 38,4%. Quarante-deux (92 %) des patientes avaient accouché par voie basse, le décès est survenu à 54% dans le post-partum. Les nouveau-nés étaient vivants à 60%.

Conclusion : Les causes obstétricales indirectes de décès étaient nombreuses, dominées par l'anémie, les troubles ioniques.

Mots-clés : mortalité maternelle, causes indirectes, hôpital Kayes, Hospital.

## Abstract

**Introduction:** Indirect obstetric causes are the set of pre-existing diseases that can worsen during pregnancy, childbirth and postpartum. The objective of this study was to study the indirect obstetric causes of maternal death at the Fousseyni DAOU Hospital in Kayes over a decade.

**Methodology:** This was a descriptive, analytical cross-sectional study with retro-prospective collection over a 10-year period. The retrospective collection was done over nine years from January 1, 2012 to December 31, 2020 and the prospective collection over one year from January 1, 2021 to December 31, 2021. Concerning all patients who died by indirect obstetric causes in the gynecology-obstetrics department of the Fousseyni Daou Hospital in Kayes. The processing and analysis of the statistical data was carried out using SPSS 20.0 software. The statistical tests used were Chi2 (CHID-two from PEARSON), the differences found were considered significant for a P less than 0.05. Confidentiality and anonymity were respected.

**Results:** We collected 575 maternal deaths out of 38854 obstetric admissions or a frequency of 1.48%. Of the 575 deaths, 125 died from indirect obstetric causes, a frequency of 21.73%. The average age was 29 with extremes of 14 to 42. Our patients were 72% rural areas. Out-of-school patients accounted for 93.6% and brides also had the same percentage. The average gestity was 3.75 with extremes of 1 to 9. The average parity was 3 with extremes of 1 to 7. The majority of patients had performed no NPC (71.2%). The number of evacuees was 92 or 73.6%. Anemia was the leading cause of death with a frequency of 38.4%. Ninety-two (92%) of patients had given birth vaginally, 54% of the death occurred postpartum. The newborns were 60% alive.

**Conclusion:** The indirect obstetric causes of death were numerous, dominated by anaemia, ionic disorders (functional impotence of the lower limbs).

**Keywords :** maternal mortality, indirect causes, Kayes

## Introduction

Le décès maternel demeure un problème de santé publique dans le monde en général et en particulier dans les pays en développement [1]. Les causes obstétricales indirectes avec une fréquence non négligeable sont l'ensemble des maladies préexistantes qui peuvent s'aggraver au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de décès maternels oscille fortement. Ceci est en partie lié d'une part aux insuffisances de la statistique de routine et d'autre part aux progrès réalisés en médecine [2]. Elle constitue en outre un indicateur du développement sanitaire, de la qualité et de la disponibilité des soins obstétricaux dans un pays [3].

Keita F.F [4] à Kayes et Kané A [5] au Csréf CV de Bamako ont rapporté respectivement 35,2% et 12% de causes obstétricales indirectes de décès maternels. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le statut socio-économique et juridique de la femme, la surcharge du travail, la mauvaise alimentation et un mauvais état de santé générale contribuent à aggraver la mortalité maternelle [6].

Une étude de l'OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale [6] a rapporté que plus de 60.000 décès maternels dans 115 pays ce qui montre que les problèmes médicaux préexistants aggravés par la grossesse (comme le diabète, le paludisme, le VIH Sida, l'anémie...) ont été à l'origine de 28% de ces décès.

En Afrique subsaharienne, le risque pour les jeunes filles de 15 ans de mourir pendant une grossesse ou un accouchement à un stade ultime de leur vie est de 1 sur 40. Pour une fille du même âge vivant en Europe, ce risque est de 1 sur 3300, ce qui montre bien la disparité des progrès dans le monde [7].

Dans les années 1990, près de 600.000 femmes, soit plus d'une femme par minute, meurt des complications associées à la grossesse et à l'accouchement [8].

Au Mali selon EDS VI, la mortalité maternelle est

estimée à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années [3]. Il faut en outre chercher à mieux cerner les facteurs de risque en vue de renforcer la prévention contre ce fléau ; c'est pourquoi nous avons initié ce travail. L'hôpital de Kayes est la seule structure de 2ème référence de toute la région, vu la fréquence non négligeable de décès enregistrés par cause obstétricales indirectes ; il nous est paru important de mener cette étude sur une décennie.

## Méthodologie

La région de Kayes est située à l'ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 120 760 km<sup>2</sup> et compte 2338999 habitants. L'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes est un établissement public hospitalier de 2ème référence avec une capacité 160 lits.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, analytique avec collecte rétro prospective sur une période de 10 ans. La collecte rétrospective s'est faite sur neuf ans du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2020 et la collecte prospective sur un an du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2021. Portant sur toutes les patientes décédées par causes obstétricales indirectes dans le service de gyneco-obstetrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. L'échantillonnage a été exhaustif prenant en compte toutes les patientes décédées pour causes obstétricales indirectes.

Etaient incluses dans notre étude : toutes les patientes ou parturientes décédées pour causes obstétricales indirectes dans le service.

Etaient exclues de ce travail : toutes patientes décédées par cause obstétricale directe, toutes patientes décédées après 42 jours du post partum ou post abortum, toutes patientes décédées suite à un accident de la voie publique ou décès fortuite.

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête, les dossiers obstétricaux, des registres d'accouchement, registre de SONU (soins obstétricaux et néonataux d'urgence), de compte rendu opératoire et Registres de décès. La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft

Office World 2010. Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS 20.0. Le test de khi2 (Khi-deux de PEARSON) a été utilisé pour comparer les proportions. Les liens sont statistiquement significatifs si  $P < 0,05$ . La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

## Résultats

Durant notre période d'étude nous avons colligé 575 décès sur 38854 admissions obstétricales soit une fréquence de 1,48 %. Parmi les 575 décès 125 sont décédés par causes obstétricales indirectes soit 21,73%.

L'année 2020 a enregistré le plus de décès maternel figure 1.

Dans notre étude la majorité des procréateurs non scolarisés 78%. Nos patientes décédées n'avaient pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux avec des fréquences respectives de 88% et 89,6%. La gestité moyenne était de  $3,75 \pm 2,16$  avec des extrêmes de 1 à 9. La parité moyenne était de  $3 \pm 2$  avec des extrêmes de 1 à 7. Les patientes n'avaient pas réalisé de CPN dans 71,2%, 16,8% avaient réalisé 1 - 3 CPN. Dans notre série 73,6% des patientes étaient évacuées ; dans 40,2% elles provenaient des centres de santé communautaire, 35,9% des centres de santé de référence.

Dans notre étude 45,6% des patientes décédées avaient un mauvais état général à l'admission, 69% avaient un état de conscience claire, 46,4% avaient des conjonctives pales et 45,6% avaient une hypotension. Quarante (40%) des patientes ont été admises dans le pré-partum, 34% dans le post-partum, 22% le per-partum, 4% le post- abortum.

L'anémie les troubles ioniques (impotence fonctionnelle des membres) ont été les principaux diagnostics à l'admission avec respectivement 47,2% et 20%. Cinquante-deux (52%) des diagnostics d'admission concordaient avec les motifs d'évacuations. Nos patientes décédées avaient accouché à l'hôpital (dans le service) à 42,6%.

Dans notre série 60% des nouveau-nés des patientes

décédées étaient vivants. Cinquante-quatre (54%) des décès sont survenus dans le post- partum, 36% en anté- partum, 7% dans le per-partum et 3% dans le post-abortum.

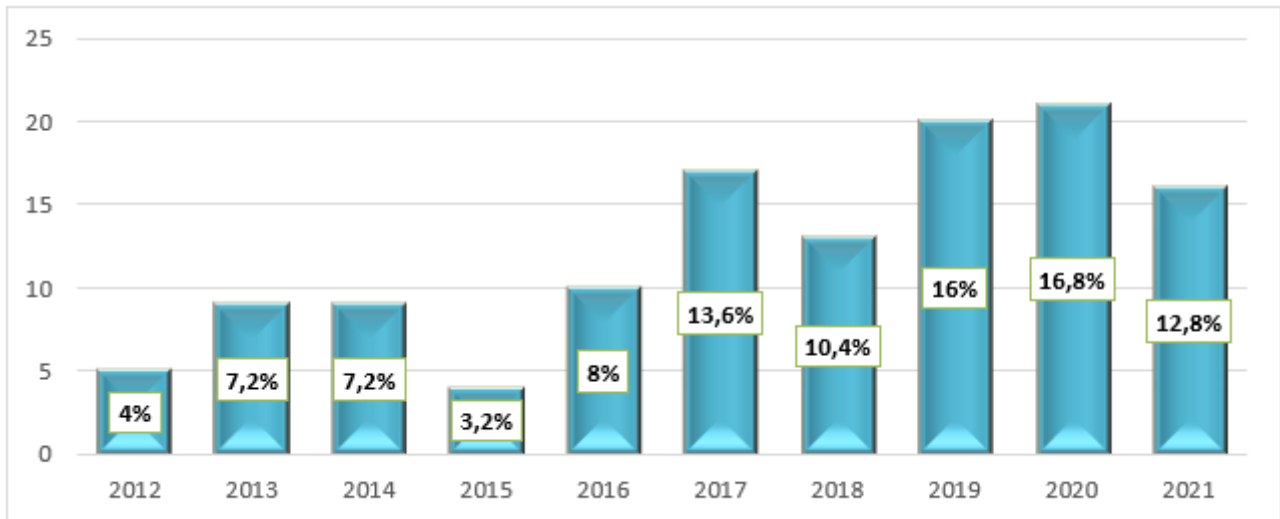


Figure 1 : Evolution du taux de décès maternel par causes obstétricales indirectes par année.

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques

	Effectif (n=125)	%
<b>Tranches d'âges (ans)</b>		
14 à 25	64	51,2
26 à 35	46	36,8
36 et plus	15	12
<b>Profession</b>		
Ménagère	119	95,2
Vendeuse	1	0,8
Elève	5	4
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariée	117	93,6
Célibataire	8	6,4
<b>Niveau d'instruction des patientes</b>		
Non scolarisée	117	93,6
Primaire	2	1,6
Secondaire	6	4,8
<b>Résidence</b>		
Rurale	90	72
Urbaine	35	28

L'âge moyen des patientes 27 ans Extrêmes de 14 ans et 42 ans

Tableau II : Répartition des patientes selon les éléments de l'évacuation

<b>Eléments d'évacuations</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Durée de séjour dans la structure d'évacuation (n=92)</b>		
Moins de 24h	61	<b>66,3</b>
1 à 2j	22	23,9
3j et plus	9	9,8
<b>Temps sur le trajet (n=92)</b>		
Moins de 2h	39	<b>42,4</b>
2 à 6h	35	38
6 à 12h	16	17,4
>12h	2	2,2
<b>Moyen de transport (n=125)</b>		
Véhicule privé	40	32
Ambulance	55	<b>44</b>
Véhicule collectif	30	24

Tableau III : Répartition des patientes selon le diagnostic à l'admission

<b>Diagnostics à l'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Anémie	59	47,2
Troubles ioniques (impotence fonctionnelle)	25	20
Cardiopathie	7	5,6
Crise drépanocytaire sur grossesse	3	2,4
Dystocie	3	2,4
Faiblesse musculaire	1	0,8
Intoxication médicamenteuse	2	1,6
Eclampsie	2	1,6
Mort fœtale in utéro	3	2,4
Œdème aigu des poumons	11	8,8
Occlusion intestinale post césarienne	1	0,8
Paludisme grave sur grossesse	4	3,2
Péritonite sur grossesse	1	0,8
Travail d'accouchement	3	2,4
Total	125	100

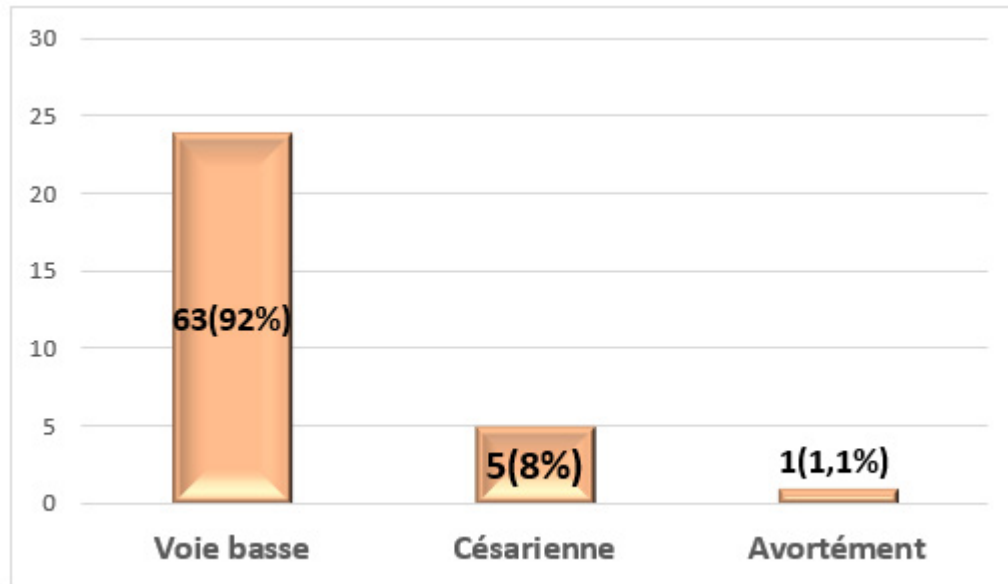


Figure 2 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Tableau IV : Répartition des patientes selon les causes de décès

Causes du décès	Effectif	%
Anémie sévère	48	38,4
Troubles ioniques (impotence fonctionnelle)	29	23,2
OAP	18	14,4
Cardiopathie	11	8,8
Embolie pulmonaire	6	4,8
Drépanocytose	4	3,2
Paludisme grave	3	2,4
Infection au VIH/Sida (Complications)	2	1,6
Intoxication médicamenteuse	2	1,6
Occlusion intestinale post césarienne	1	0,8
Insuffisance rénale aigue	1	0,8
Total	125	100

L'anémie sévère fut la première cause de décès maternels avec une fréquence de 38,4%

Tableau V : le temps écoulé entre l'admission à l'hôpital et la survenue du décès

Temps écoulé	Effectif	%
Moins de 1 Heure	25	20
1 à 6 Heures	17	13,6
6 à 12 Heures	14	11,2
12 à 24 Heures	19	15,2
Plus de 24 Heures	50	40
Total	125	100

Le délai moyen entre l'admission et le décès était de 11 h  $\pm$  9.

Tableau VI : Corrélation entre la durée du séjour à l'Hôpital et la cause du décès

Causes du décès	Durée du séjour à l'hôpital					Total
	< 1h	1 à 6 h	6 à 12h	12 à 24h	> 24h	
Anémie sévère	11(44%)	10(55,6%)	6(40%)	3(17,6%)	18(36%)	48(38,4%)
Trouble ionique	5(20%)	4(22,2%)	3(20%)	5(29,4%)	12(24%)	29(23,2%)
OAP	6(24%)	2(11,1%)	0(00%)	2(11,8%)	8(16%)	18(14,4%)
Cardiopathie	2(8%)	1(5,5%)	1(6,7%)	1(5,9%)	6(12%)	11(8,8%)
Embolie pulmonaire	0(00%)	1(5,5%)	0(00%)	3(17,6%)	2(4%)	6(4,8%)
Drépanocytose	0(00%)	0(00%)	1(6,7%)	2(11,8%)	1(2%)	4(3,2%)
Paludisme	0(00%)	0(00%)	2(13,3%)	0(00%)	1(2%)	3(2,4%)
Infection VIH/Sida	0(00%)	0(00%)	0(00%)	0(00%)	2(4%)	2(1,6%)
Intoxication	1(4%)	0(00%)	1(6,7%)	0(00%)	0(00%)	2(1,6%)
Occlusion Intestinale	0(00%)	0(00%)	1(6,7%)	0(00%)	0(00%)	1(0,8%)
Insuffisance rénale aigue	0(00%)	0(00%)	0(00%)	1(5,9%)	0(00%)	1(0,8%)
Total	<b>25(100%)</b>	18(100%)	15(100%)	17(100%)	50(100%)	125(100%)

Khi2 : 68,861

P : 0,026

Il existait un lien entre la durée du séjour à l'HFDK et la cause du décès.

Tableau VII : Corrélation entre le niveau d'instruction et la cause du décès

Cause du décès	Niveau d'instruction			<i>Total</i>
	Non scolarisée	Primaire	Secondaire	
Anémie sévère	46(39,3%)	0(0%)	2(33,3%)	48(38,4%)
Trouble ionique	27(23,1%)	0(0%)	2(33,3%)	29(23,2%)
OAP	17(14,5%)	1(50%)	0(0%)	18(14,4%)
Cardiopathie	11(9,4%)	0(0%)	1(16,7%)	12(9,6%)
Embolie pulmonaire	6(5,1%)	0(0%)	0(0%)	6(4,8%)
Drépanocytose	3(2,6%)	0(0%)	1(16,7%)	4(3,2%)
Paludisme	3(2,6%)	0(0%)	0(0%)	3(2,4%)
Infection au VIH/Sida	2(1,7%)	0(0%)	0(0%)	2(1,6%)
Intoxication	1(0,8%)	1(50%)	0(0%)	2(1,6%)
Occlusion intestinale	1(0,8%)	0(0%)	0(0%)	1(0,8%)
Insuffisance rénale aigüe	1(0,8%)	0(0%)	0(0%)	1(0,8%)
<b>Total</b>	<b>117(100%)</b>	<b>2(100%)</b>	<b>6(100%)</b>	<b>125(100%)</b>

Test de Fischer : 71,09

P : 0,000

## Discussion

Nous avons mené une étude transversale, descriptive, analytique avec collecte rétrospective sur 9 ans et prospective sur un an ; incluant tous les décès maternels enregistrés pour causes obstétricales indirectes à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une décennie.

A l'instar de beaucoup d'études avec collectes rétrospectives des données, nous avons rencontré certaines difficultés comme la mauvaise tenue des supports de données à certains niveaux. Certaines patientes étaient admises avec des complications sans voie veineuse sûre et efficace avant l'évacuation ; des difficultés de réaliser une transfusion d'urgence par manque de produits sanguins au laboratoire et sans donneur potentiel accompagnant les patientes. Ces difficultés ont eu des répercussions sur la prise en charge lorsqu'il s'agit de transfusion et lors de la collecte et saisie des données.

Durant notre étude sur une décennie de 2012 à

2021 dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, nous avons obtenu une fréquence de 21,73% de décès maternels par causes obstétricales indirectes. Cette fréquence est inférieure à celle de Keita F.F [4] qui a rapporté 35,2% mais supérieure à celle de Kané A [5] qui a rapporté 12%. La fréquence de décès par cause obstétricale indirecte est diversement appréciée par la zone d'étude, la durée d'étude et le cadre d'étude.

Dans notre série l'âge moyen était de 27 ans  $\pm$  6 avec des extrêmes de 14 à 42 ans

La tranche d'âge 14-25 ans a été la plus représentée avec 51,2%. Beaucoup d'autres études ont trouvé que l'extrême jeunesse est un facteur de risque élevé de décès maternel comme l'attestent les études de Maguiraga M[10] et Nem Tchuenteu[11] qui ont rapporté respectivement 45,8% et 47,5% . Cela s'expliquerait par la fréquence de mariage précoce dans nos milieux. Une étude faite au C.H.U de Cocody en Côte d'Ivoire a montré une incidence de la mortalité maternelle chez le jeune âge avec 3326,2 pour 100000 accouchements [12].



Dans notre travail la majorité des patientes décédées étaient mariées à 93,6% des cas.

Cela s'expliquerait également par la fréquence du mariage précoce dans notre pays du fait que nos coutumes et cultures ne conçoivent pas les enfants hors mariage. Notre résultat est proche de celui de Kire B. [13] qui avait trouvé 94,7% et aussi de Diarra D [14] qui avait trouvé 90,4% mais différents de celui de Coulibaly F [15] qui avait trouvé 44% de décès maternels chez les célibataires et ceci s'expliquerait par la fréquence élevée des avortements clandestins et le manque de suivi prénatal dans cette population d'étude.

Dans notre étude 93,6% des patientes décédées n'étaient pas scolarisées, 1,6% étaient de niveau primaire et 4,8% étaient de niveau secondaire. L'analphabétisme influence péjorativement les taux de mortalité maternelle [9]. Dans notre étude 78,4% des procréateurs n'étaient pas scolarisés, 13,6% sont de niveau primaire, 8% sont de niveau secondaire. La majorité des procréateurs étaient des cultivateurs avec 55,2%, 40,8% étaient des bergers, les fonctionnaires 4 %. Cela pourrait s'expliquer du fait que la majorité des patientes décédées venaient des zones rurales

Dans notre série 24,8% des décédées étaient des primipares, 24% des paucipares ; 18,4% étaient des grandes multipares, 17,6% étaient des multipares et 15,2% étaient des nullipares. En effet le facteur de risque sociodémographique influe sur la fréquence de décès par cause obstétricale indirecte chez les primipares et les paucipares. La plupart des auteurs pensent qu'il y a un lien entre parité et décès maternel [16]. Plus de la moitié des patientes décédées (71,2%) n'avaient effectué aucune consultation prénatale, Il s'agissait de patientes qui n'avaient bénéficié d'aucun dépistage de facteurs de risque liés à la grossesse d'une part et d'autre part d'aucune prise en charge curative. Notre résultat est supérieur à ceux de Maguiraga M. [10] et de Baldé M [17] qui avaient trouvé respectivement 53,3 % et 55 % des Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les suivis prénatals réduisent considérablement le taux de décès maternel [18,19]. Nos patientes décédées étaient évacuées à 73,6%.

L'évacuation constitue un facteur de risque important, contribuant à la mortalité maternelle. Les patientes ont été évacuées le plus souvent sans les mesures d'accompagnement (non prise de voie veineuse). Quarante-quatre (44%) de nos patientes décédées avaient été évacuées par ambulance contre 32% par véhicule privé et 24% par véhicule collectif. Notre résultat est différent de ceux de Diarra D [14] 55,1% et de Baldé M [17] 51,9% des patientes évacuées par moyens personnel. On note dans notre étude une amélioration du système de référence/évacuation, à savoir l'utilisation de l'ambulance. Dans notre travail 66,3% des patientes décédées avaient séjournées moins de 24h dans les centres de santé périphériques avant l'évacuation, 23,9% avaient séjournées 1 à 2 jours et 9,8% avaient séjournées 3 jours et plus. Cette différence peut s'expliquer par l'amélioration du système de référence/évacuation. Dans 52% des cas le motif d'évacuation concordait avec notre diagnostic à l'admission. Ceci s'expliquerait par la formation et la mise à niveau des prestataires de santé de premiers contacts des patientes. Vingt (20%) de nos décès avaient fait moins de 2 heures après l'admission. Ce taux est inférieur à celui de Baldé M [17] qui a trouvé 64,4%. Nos décès sont survenus à 54 % dans le post-partum, 36 % en antépartum, 7% dans le per-partum et 3 % en post-abortum. Notre résultat est inférieur à celui de Keita F.F [4] et de Baldé M [17] qui ont respectivement rapporté 72,2% et 56%. Cette différence s'explique par le fait que leurs études couvraient l'ensemble des causes de décès maternels. Les causes obstétricales indirectes de décès maternels étaient multiples et variées dans ce travail: l'anémie a été la première cause de décès maternel avec 38,4% suivie du Trouble Ionique (l'Impotence fonctionnelle des membres) 20%, l'OAP (œdème aigu du poumon) 8,8 %, les Cardiopathies 4% et le Paludisme grave 3,2%. Une étude de L'OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale [6] avaient observé que 80 % de décès maternels étaient lieu à des causes obstétricales directes et 20 % à des causes obstétricales indirectes. L'anémie a constitué 38,4% des causes de décès maternel dans notre étude. Ces patientes n'avaient

pas bénéficié de suivi prénatal pour dépister leur anémie à temps et n'ont pas bénéficié de transfusion, Ceci pourrait s'expliquer par des facteurs socio-économiques qui font que les femmes accouchent avec des taux d'hémoglobine bas. C'est pourquoi depuis quelques années la gestion active de la troisième période d'accouchement (GATPA) a été instaurée pour minimiser les pertes sanguines au moment de la délivrance. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée dans Mali médical [23] 28,2% de décès lié à l'anémie. Cette différence s'explique par la durée et la cadre d'étude. L'anémie est considérée comme une pathologie fréquente chez les femmes enceintes au Mali avec (30-70%) et elle constitue un véritable problème de santé publique [20]. Il a été démontré que 20 à 40% des décès maternels dans les pays en développement étaient associés à une anémie [20]. Le délai moyen entre l'admission et le décès était de 9 heures. Quarante (40%) de nos patientes ont fait plus de 24 heures à l'hôpital avant le décès. Contrairement à d'autres études les femmes sont décédées dans les premières 24h qui ont suivie l'admission, Lankoandé et Coll. [21] ont trouvé 71,5 %, Drave A. [22] avait trouvé 54,36 % ; Kire B. [13] trouve 78,9%. Ceci s'expliquerait par le fait que dans notre étude la plupart de ces décès sont dus à l'anémie sévère.

## Conclusion

Les causes obstétricales indirectes de décès étaient nombreuses, dominées par l'anémie, les troubles ioniques. La majorité des patientes décédées n'avaient pas fait de suivi prénatal. Nos patientes sont décédées majoritairement dans le post-partum. Cependant, nous osons croire que la mortalité maternelle loin d'être une fatalité, pourrait être réduite considérablement, surtout avec des approches telles que les audits de décès maternels et la réalisation d'études scientifiques multicentriques à grande échelle au niveau national et régional notamment africain.

## \*Correspondance

Diassana Mahamadou

[mahamadoudiassana@gmail.com](mailto:mahamadoudiassana@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 31 Octobre 2023

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
- 2 : Service de réanimation de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
- 3 : Centre de santé de référence de Kayes
- 4 : Centre de sante de référence de kalaban- coro
- 5 : Centre de sante de référence de Bla
- 6 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU GABRIEL TOURE
- 7 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de SIKASSO

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Merger.R ; Levy.J ; Melchior.J. Précis d'obstétrique 6ème édition Manson Paris. 6ème édition. PARIS; 1995. 471 p.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Evolution de mortalité maternelle : 2000-2017. Estimation de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies. Résumé d'orientation; 2019,12p. [Internet].Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962>. Consulté 27 mars 2021
- [3] Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de planification et de statistique secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DSPF) et ICF 2019. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali

2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DSPF et ICF
- [4] Keita F.F. Décès maternel chez les patients évacuées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une décennie. Thèse de Médecine: USTTB/FMOS; 2019,72p, N°85.
- [5] Kané A. Audit des décès maternels au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse de Médecine: USTTB/FMOS; 2018,67p, N°49.
- [6] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/ Banque mondiale. Réduire la mortalité maternelle. Genève; 1999. 618-2 p.
- [7] Organisation Mondiale de la Santé(OMS). Global causes of maternal death. A who systemetics analysis. 2014;(12):84.
- [8] Organisation Mondiale de la Santé(OMS), CISF, ABSF, Fondation R, Mothercare : Mortalité maternelle : les sages-femmes se mobilisent la fondation pour le 21è congrès de la CISF à la Haye. Pays bas; 1997. 618-20 p.
- [9] Diallo F, Diallo A, Diallo Y, Goma O, Camara Y, Cissé M, et al. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. Médecine d'Afrique noire. 1998;45(12):72.
- [10] Maguiraga M. Etude de la mortalité maternelle au Mali : Cause et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine: USTTB/FMOS; 2000, 86p, N°110
- [11] Nem Tchuenteu D. Etude de la mortalité au CS Réf CV du district de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 106 cas. Thèse de Médecine : USTTB/ FMOS; 2004, 77p, N°27.
- [12] Diallo MS et A. Caractéristiques de la mortalité maternelle dans les pays en développement : Situation africaine et stratégie de prévention. *AF Med.* 1991;30(289):1345-50.
- [13] Kiré B. Audit des décès maternels au CS Réf CI du district de Bamako Thèse de Médecine : USTTB/FMOS; 2008,115p, N°442.
- [14] Diarra D. Evolution de la mortalité maternelle dans le service de Gynécologie-obstétrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur 5 ans et demi. Thèse de Médecine: USTTB/ FMOS; 2014, 94p, N°92.
- [15] Coulibaly F. Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 cas cliniques .Thèse de Médecine : USSTB/FMOS; 1995, 95p, N°40.
- [16] Koudjou M. Etude de la mortalité maternelle dans les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation au CHU du POINT "G": à propos de 73 cas. Thèse de Médecine: USTTB/FMOS; 2008,95p, N°521.
- [17] Baldé M. Mortalité Maternelle chez les Adolescentes à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur une période de 10 ans. Thèse de Médecine : USTTB/FMOS; 2019, 96p, N°349.
- [18] Organisation Mondiale de la Santé (OMS).A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 2e éd. Genève; 1993.
- [19] Bernard P et coll. Le traitement des hémorragies obstétricales incoercible d'origine utérine. *Revue gynécologie- obstétrique du praticien.* nov 1989;1:29-34.
- [20] Alain P. Les anémies de la femme enceinte. Formation continue des S. F. Ecole second. de la santé. Projet Maternité sans risque. mars 1995;
- [21] Lankoande J, Ouedraogo CH. Mortalité maternelle à la maternité de centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123cas colligés en 1995. *Med Afr Noire.* 1998;45(3):187-90.
- [22] Dravé A. Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital National du Point G. Thèse de Médecine : USTTB/FMOS; 1996, 96p, N°39
- [23] Traoré B, Théra TA, Kokaina C, Beye S A, Mounkoro N, Teguate I et al. Mortalité maternelle au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Régional de

Ségou au mali étude rétrospective sur 138 cas.

Mali Médical 2010 tome xxv N°2 :42-47 .

**Pour citer cet article :**

MDiassana, B Macalou, S Dembele, L Goita, A Sidibe,  
I Coulibaly et al. Causes obstétricales indirectes de  
décès maternels à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes  
sur une décennie. Jaccr Africa 2023; 7(4): 53-64