



Article original

La mortalité maternelle dans le district sanitaire de Koutiala (Mali)

Maternal mortality in the health district of Koutiala (Mali)

S Traore*¹, T Traore², S Fané³, T Magassa¹, D Traore⁴, C Sylla³, YD Sidibé¹, F N'diaye¹, A Tapili¹,
Y Traore², I Tégouété², N Mounkoro²

Résumé

Introduction : La mortalité maternelle constitue une tragédie mondiale surtout dans les pays en voie de développement où elle reste très préoccupante. Au Mali en 2018 elle était de 325 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Objectif : Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de la mortalité maternelle dans le district sanitaire de Koutiala.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude analytique descriptive, transversale et rétrospective sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2021.

Résultat : Le ratio de mortalité maternelle est de 61 pour 100.000 naissances vivantes. L'âge moyen des patientes décédées était de 28,1± 6,95 ans avec des extrêmes de 17 et 40 ans. Environ 66,6 % n'avaient réalisées aucune consultation. La référence/évacuations a concerné 56% des cas de transfert. Le délai de référence était supérieur à 18 heures dans 72,8 %. Le principal motif d'évacuation était l'hémorragie avec 36,4%. Les causes obstétricales directes représentaient 77,8% de décès maternel contre 22%. L'hémorragie était la première cause obstétricale directe 38,9%. L'anémie dominait les

causes indirectes, 11,10 %. Conclusion : L'hémorragie était la principale cause de décès maternel dans le district sanitaire de Koutiala suivi de l'anémie et le paludisme.

Mots-clés : Mortalité maternelle, ratio mortalité maternelle, référence/évacuation, Koutiala.

Abstract

Introduction: Maternal mortality is a global tragedy, especially in developing countries where it remains very worrying. In Mali in 2018 it was 325 deaths per 100.000 live births. Objective: the purpose of this study was to assess the prevalence of maternal mortality in the health district of Koutiala.

Methodology: this was a descriptive analytical study, transversal and retrospective over a period of 12 months from January 1 to 31 December 2021.

Result: The maternal mortality ratio is 61 per 100.000 live births. The average age of deceased patients was 28,1± 6, 95 years with extremes 17 and 40 years. About 66, 6% had not completed any consultation. Referral/evacuation involved 56% of transfer cases. The referral was greater than 18 hours in 72, 8%. The main motive evacuation was hemorrhage with 36, 4%. Direct obstetric causes represented 77, 8% of maternal

deaths against 22%. The hemorrhage was the first direct obstetric cause 38,9%. Anemia dominated the indirect causes 11, 10%.

Conclusion: The hemorrhage is the leading cause of maternal death in the district health of Koutiala monitoring of anemia and malaria.

Keywords: Mortality maternal, maternal mortality ratio, referral/evacuation, Koutiala.

Introduction

Dans le monde selon les estimations des Nations Unies entre 2000 et 2017, le ratio mortalité maternelle a diminué de 38% passant de 342 à 211 décès pour 100.000 naissances vivantes. La grande majorité de ces décès sont survenus dans les milieux à faible ressource et la plupart auraient pu être évités. En Europe elle est de 10/100.000 naissances vivantes et nettement mieux qu'en Amérique du sud où le taux de mortalité maternel est de 310/100.000 naissances vivantes. Dans les pays les moins avancés d'Asie et d'Afrique les taux de mortalité et de morbidité maternelle sont toujours élevés [1]. Deux pays en Afrique ont des taux de mortalité maternelle les plus faibles, la Libye 9/100.000 naissances vivantes et l'Égypte 33 /100.000 naissances vivantes [2]. En Afrique de l'ouest, le Burkina Faso enregistre 330 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 [3]. Au Mali, grâce à de nombreuses stratégies le taux de mortalité maternel a sensiblement diminué entre 2001(EDSIII), 582 décès pour 100.000 naissances vivantes et 2018 (ESDVI), 325 décès pour 100.000 naissances vivantes. Malgré ces efforts, les indicateurs de la mortalité maternelle et infantile de notre pays restent élevés. La mortalité maternelle reste encore au Mali un problème de santé publique dont il faut y faire face avec plus d'efficacité. Le district sanitaire de Koutiala compte deux structures SONUC et seize (16) structures SONUB fonctionnant dans un contexte de référence-évacuation.

Nous avons initié le présent travail pour apporter notre contribution à la réduction de la mortalité maternelle

dans le district sanitaire de Koutiala.

Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence de la mortalité maternelle dans le district sanitaire de Koutiala.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2021 dans le district sanitaire de Koutiala. La population d'étude était constituée de l'ensemble des admissions en période gravidopuerpérale. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas de décès maternel. La technique de collecte des données a été l'exploitation documentaire (les registres d'accouchements, les registres de compte rendu opératoire, les registres de décès maternels et les dossiers obstétricaux dossier médical et du registre d'accouchement). Les données collectées ont été traitées et analysées sur le logiciel SPSS version 20. Les tests statistiques utilisés ont été le test de Khi2 et Fischer avec comme seuil de significativité $p < 0,005$. L'analyse a comporté: Le calcul du ratio de mortalité maternelle (RMM) ; le calcul de la prévalence des décès maternels.

Résultats

Du 1er janvier au 31 décembre 2021, 30323 femmes ont été enregistrées au cours de la gravidopuerpéralité dans le district sanitaire de Koutiala et nous avons recensé pendant la période 18 décès maternels soit un taux prévalence de 0,06%. Le ratio de mortalité maternelle est de 61 pour 100.000 naissances vivantes. Cependant le décès d'une femme au cours de la période gravidopuerpérale demeure en soit un problème de santé défiant le système mis en place.

L'âge moyen des patientes décédées est $28,1 \pm 6,95$ ans avec des extrêmes de 17 et 40 ans. La tranche d'âge modale était de 20-34 ans. La majeure partie des patientes s'occupaient du ménage soit 94,4% et vivait dans un régime polygame dans 27,8% contre

66,7% de monogames. Elles n'étaient pas scolarisées dans 77,8% des cas. Les paucipares représentaient 33,3% de l'étude, les grandes multipares 33,3% des cas, les nullipares 17,6% et les paucipares 17,6%. La majorité des patientes n'avaient pas effectué de consultation prénatale soit 67% contre 33%. L'âge de la grossesse n'était pas connu dans 38,9 % des cas à l'admission. La supplémentation en fer a été réalisée dans 33, 3% des cas. La prophylaxie antipalustre complète avait été réalisée dans 44,3% des cas. Les grandes multipares représentaient 28 % des patientes n'ayant fait aucune consultation prénatale ($p = 0, 566$). L'HTA et l'anémie étaient associées à la grossesse respectivement dans 28 et 22% des cas. Dans environ 72,2 % des cas les patientes venaient hors de la ville de Koutiala. Notre étude révèle que 28% de nos patientes ont été évacuées et 33,4% n'avaient pas reçus de traitement de pré-transfert ($p=$

1,000). Dans notre série 54,6% des patientes avaient un délai de référence de plus 18 heures et n'étaient pas admis par l'ambulance ($p=0,008$). Dans notre étude 72,2% des décès étaient survenus dans le post-partum, 16,7% pendant la grossesse. Le per-partum et le post-abortionum avait chacun une proportion de 5,6%. Dans 84,7% des cas l'accouchement étaient réalisés par un personnel qualifié et 27,8% d'entre elles étaient césarisées. Environ 47,1% des patientes avaient été prise en charge dans un délai de 24heures. L'hémorragie représente la principale cause obstétricale directe de décès maternel avec 38,9%. Les autres causes directes sont : La pré-éclampsie 16,70% ; l'éclampsie 11,10% ; la rupture utérine 5,6% et de l'avortement 5,6%. Parmi les causes indirectes l'anémie était la plus fréquente avec 11,10 % suivie du paludisme grave et le VIH /Sida qui ont représenté chacun 5,6%.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques		Effectif	Pourcentage (%)
Ages en années	17-19	02	11,1
	20-34	10	55,6
	≥ 35	06	33,3
Statut matrimoniale	Mariée	17	94,4
	Célibat	1	5,6
Régime matrimonial	Ménagère	17	94,4
	Aide ménage	1	5,6
Niveau scolaire	Primaire	1	5,6
	Fondamentale	3	16,7
	Non scolarisée	14	77,8

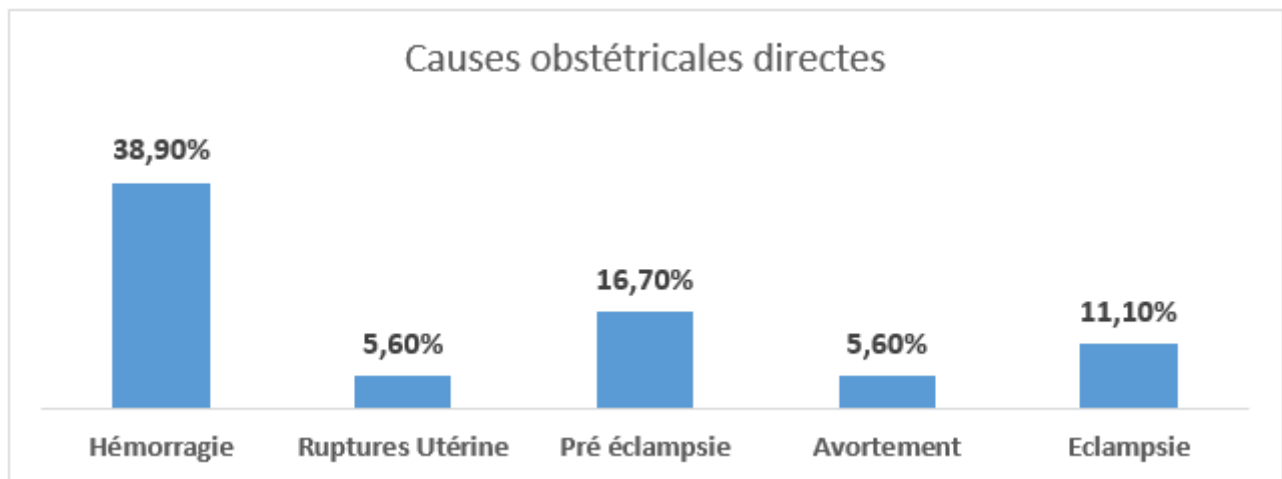
Tableau II : Répartition des décès maternels selon le mode d'admission et les pathologies prises en charge avant l'admission

Mode d'admission	Pathologies prise en charge		Total
	OUI	NON	
Venue elle même	1(5,6)	6(33,3)	7(38,9)
Référée	2(11,1)	3(16,7)	5(27,8)
Evacuée	3(16,7)	3(16,7)	6(32,4)
Total	6(33,4)	12(66,7)	18(100)

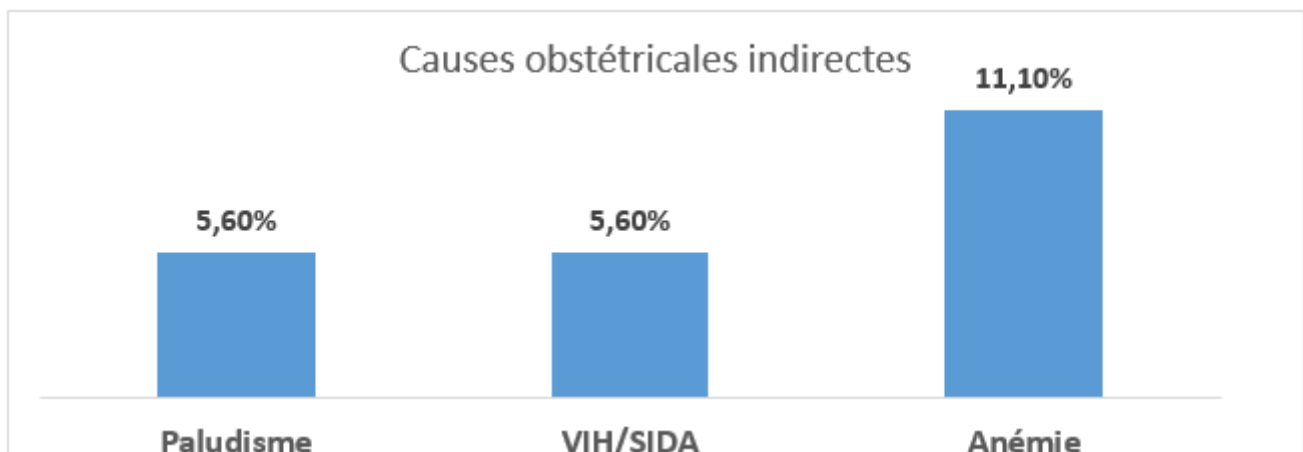
Fisher's Exact Test : 0,708 $p= 1,000$

Tableau III : Répartition des décès selon la période de survenue

Période de décès	Effectif	Pourcentage (%)
Au cours de la grossesse	3	16,7
Pendant le Travail	1	5,6
Post partum	13	72,2
En post abortum	1	5,6
Total	18	100,0



Graphique I : Répartition des décès selon les causes obstétricales directes



Graphique II : Répartition des décès selon les causes obstétricales indirectes

Discussion

Dans la revue de la littérature, le taux de mortalité maternelle reste variable. N'Daou K. à l'hôpital de Kayes au Mali [4] a trouvé 1,19 % en 2017 et Keita F. [5] au centre de santé de référence de Oueléssebougou a rapporté 0,31% de décès maternels. Pendant

notre période d'étude, nous avons enregistré 18 décès maternels sur 30323 patientes admises pendant la gravido-puerpéralité soit une prévalence de 0,06 %. Notre taux de prévalence est inférieure à celles rapportées par N'Daou K [4] et Keita F [5].

Dans notre série le ratio mortalité maternelle est de 61 pour 100.000 naissances vivantes. Notre taux est

inférieur à ceux rapporté par : SZ [6] en commune II de Bamako, El Hadj I. en commune VI de Bamako [7] et Alkhanssae AHBIBI [8] au Marrakech avec respectivement 122 /100 000 NV ; 158 /100 000NV et 165,67 /100 000 NV. Notre taux pourrait s'expliquer par la mise en œuvre d'un système de référence évacuation, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la gratuité de la césarienne et la disponibilité du personnel qualifié.

L'âge moyen était de 28,1± 6,95 ans avec des extrêmes de 17 et 40 ans. Les données de la littérature rapportent un âge moyen de 29,3 à l'hôpital Gabriel Touré [9] de Bamako, 35,7 (+/- 6,5) ans à l'île de la Réunion [10] ; et 35,5 ans à l'hôpital régional de Ségou au Mali [11]. Cette étude de la mortalité maternelle montre que la plus grande incidence est enregistrée chez les femmes âgées de 20-34 ans avec 55,6%. Ce même constat a été observé par Dao SZ [6], Keita F [5] et Koudjou [12] avec respectivement : 75%, 53,8% et 67,1%. Ceci peut être dû au fait que cette tranche d'âge représente la période la plus active de la vie sexuelle.

Environ 94,4% patientes décédées était mariées, vivant dans un régime polygamique dans 27,8% et s'occupaient uniquement du ménage. Cette tendance n'est guère surprenante si l'on compare à celle des résultats l'EDSM VI [13] où environ huit femmes sur dix (81 %) étaient mariées. Environ 77,8% des patientes décédées n'étaient pas scolarisées. Ceci corrobore cette citation de l'organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle << Les infirmités et les décès maternels touchent surtout les femmes pauvres, sans instruction >> [5].

Dans notre série, 66,6 % des patientes décédées n'avaient réalisées aucune consultation prénatale ($p = 0,566$). Sissoko S [9], Traore T [14] et Dao SZ [6] avaient trouvés respectivement 30,9%, 40% et 19,4%. Cependant un tiers (1/3) d'entre elles avait réalisés au moins une consultation prénatale (CPN). Une hypertension artérielle était associée à la grossesse dans 28% des cas suivis de l'anémie soit 22 %. Les stratégies de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle fondées sur la promotion de la CPN doivent mettre surtout l'accent sur le diagnostic

précoce des pathologies au cours de la grossesse et la référence à temps pour leur prise en charge efficiente. Pour cela la formation d'un personnel suffisant pour offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de qualité demeure une nécessité absolue au niveau de nos formations sanitaires.

Les Paucipares et les grandes multipares représentaient chacune 33,3% des cas. Notre taux chez les paucipares était inférieur à ceux de Simnoué [15] et Dao SZ [6] avec respectivement 47,2% et 57%. Le taux chez les grandes multipares est comparable à ceux de Sissoko S [9], Kire B. [16] avec respectivement 29% et 47,5%. Ceci confirme la théorie que la parité et la couverture en contraception sont des facteurs déterminants dans la survenue de décès maternels [17].

Environ 72,2 % des patientes décédées venaient des centres de santé communautaires (CSCOM) des communes rurales. Selon le mode d'admission les référence/évacuations concernaient 56% des cas. Maguiragua M [18], Simnoué [15] et Koudjou [12] ont rapporté dans leur étude que la majorité des femmes décédées étaient évacuées. Environ 33,4% des patientes référées/évacuées n'avaient pas reçus de traitement avant l'admission au centre de santé de référence (Csréf). Le délai d'évacuation peut avoir un impact dans la prise en charge des patientes. Dans notre étude ce délai était supérieur à 18 heures dans 18,2% des cas chez les patientes admises en ambulance et 54,6% pour celles ayant utilisées un autre moyen de transport. Dans l'ensemble le délai de référence était supérieur à 18 heures dans 72,8 %. Une proportion de 27,2% avait un délai de référence de moins de 6 heures. Ceci pourrait s'expliquer par le retard à recourir aux soins et à l'évacuation tardive. Les patientes venues d'elles-mêmes sans passer par une structure de santé représentaient 44% ce qui contribue à aggraver le pronostic vital. Ceci pourrait s'expliquer par le faible niveau de compréhension des problèmes et défis de la santé en particulier en milieu rurale. Le principal motif d'évacuation était l'hémorragie avec 36,4%. Une proportion de 52,9% des patientes décédées avaient un délai de prise en charge de plus de 24 heures. Chez 11 patientes sur 13

l'accouchement était réalisé par un personnel qualifié. Environ 38,9% des accouchements sont survenus par voie basse contre 29,8% par césarienne.

Dans 84,7% des cas l'accouchement étaient réalisés par un personnel qualifié. Parmi les patientes décédées celles qui avaient accouchées par voie basse représentait 38,9% tandis que les césariennes étaient de 27,8%. Selon une étude épidémiologique de la mortalité maternelle dans les Centres de Santé de Référence du district de Bamako [6], la voie basse était le mode d'accouchement le plus fréquent (P=0,008). L'accouchement par voie basse a été le mode d'accouchement le fréquent soit 70,9% [9].

Il est difficile d'interpréter ces données, car on ne savait pas le nombre de césariennes non fait, ou décès à cause de l'absence de césarienne. Cette même tendance était observée chez Alkhanssae AHBIBI (49 % de voie basse contre 34% de voie haute) [8] et El Farissi A. (50 % de voie basse contre 30,13% de voie haute) [19]. Environ 47,1% des patientes avaient été prise en charge dans un délai de 24heures contre 35,3% entre après 48 heures.

Dans notre étude la plus part des décès soit 72,2% étaient survenu dans le post-partum contre 5,6% en per-partum. Le post partum est apparemment la période la plus critique. Ces taux sont proches de l'étude réalisé en 2008 par Abdourhamane M [20] qui avait retrouvé 64,69% de décès dans le post-partum et 5,62% en per-partum.

L'hémorragie a été la principale cause obstétricale directe de décès maternel avec 38,9% suivie de : pré-éclampsie 16,70% ; éclampsie 11,10% ; de la rupture utérine 5,6% et de l'avortement 5,6%. Les causes obstétricales directes représentaient 77,8% de décès maternel. Notre taux est comparable à ceux de Dao SZ [6] au centre de santé de référence de la commune II et Keita F [5] à celui d'Ouelessebouougou avec respectivement 91,7% et 88,7%. Les causes obstétricales indirectes quant à elles occupaient 22,2%. Selon la littérature, dans l'ensemble, les causes obstétricales directes dominant très largement avec plus de huit cas sur dix soit 83,4 % des décès maternels [21]. Parmi les causes indirectes de décès

maternel l'anémie était la plus fréquente avec 11,10 % suivie du paludisme grave et le VIH /Sida qui ont représenté chacun 5,6%. Selon la littérature l'anémie était la première cause indirecte dans certaines études : Sissoko S [9], Koudjou [11] ont rapporté respectivement 63,4 % et 20,4% pour l'anémie puis 10% et 8,21% pour le paludisme. Par contre selon Dao SZ [6] le paludisme était la première cause indirecte de décès maternel. L'ampleur du paludisme et l'anémie dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que la plus part des femmes décédées n'avaient pas effectué de suivi prénatale.

Conclusion

L'hémorragie était la principale cause de décès maternel dans notre étude suivi de l'anémie et le paludisme. La réduction du taux de décès maternel passe par une bonne organisation des services et une meilleure organisation des référence/évacuation.

*Correspondance

Seydou Traore

docteurseydoutraore@yahoo.fr

Disponible en ligne : 04 Avril 2022

- 1 : Service de gynécologie Obstétrique. Centre de santé de référence de Koutiala (Koutiala-Mali)
- 2 : Service de gynéco-obstétrique, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Ségou-Mali)
- 3 : Service de gynéco-obstétrique, CHU Gabriel Touré (Bamako-Mali)
- 4 : Direction régionale de la santé de Sikasso (Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation Mondiale de la Santé : (OMS) Tendances de la Mortalité Maternelle 1990-2015:Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale. Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2015; pp.1-3.
- [2] Données relatives au taux de mortalité maternelle : CEA, 2017, Rapport sur le développement durable en Afrique. Données relative au PIB par habitant : Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde 2015
- [3] Institut National de la Statistique et de Démographie du Burkina Faso : Rapport national volontaire de mise en œuvre des objectifs de développement durable (2016-2018) du Burkina Faso
- [4] Ministère de la santé du Mali : Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) 2006
- [5] Keita F. Epidémiologie de la mortalité maternelle au centre de sante de référence de Ouelessebouougou de 2012 à 2016. Thèse Médecine 2018, Bamako N°38
- [6] Dao SZ. Mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali. Journal Africain des cas clinique et revues. 2022 ; (1) : 75-82 ; www.jaccrafrica.com
- [7] El Hadj I. et al : Facteurs associés aux décès maternels dans le district sanitaire de de la commune VI de Bamako, Mali, 2014-2019. Cah. Santé Publique, Vol. 20, n°1- 2021, pp. 48-58 .
- [8] Alkhanssae AHBIBI. La mortalité maternelle en réanimation obstétricale: Etude rétrospective de 123 cas. Thèse de médecine, Marrakech 2015 ; Thèse N° 28
- [9] Sissoko S. Etude épidémiologique de la mortalité maternelle dans les Centres de Santé de Référence du district de Bamako. Mémoire, gynécologie obstétrique, 2020
- [10] N'daou K. Audit des décès maternels AL'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes Thèse médecine, Bamako 2018N°146
- [11] Traoré. B, Théra .T. A, Kokaina C, Beye. S.A, Mounkoro .N, Teguete. I Dolo. A. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régionale de Ségou au Mali étude rétrospective sur 138 cas. Mali Médical.2010 ; (2):42-46.
- [12] Koudjou TLB. Etude la mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique et d'anesthésie réanimation du Point G à propos de 73 cas. Thèse Médecine 2008, Bamako N°521.
- [13] Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- [14] Traoré T. Etude épidémio-clinique des décès maternels et néonataux au cours de la gravido-puerpéralité à propos de 101 cas dans le département de Gynéco-Obstétrique du CHU Gabriel Touré de 2007-2010
- [15] Simnoué D. Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas. Thèse de médecine, Bamako 2004; N°27
- [16] Kire B. Audit des décès maternels au centre de référence de la commune I du District de Bamako, Thèse de médecine, Bamako 2008; N°442
- [17] Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Ed Masson (6ème édition) : Paris, Barcelone, Milan ; 2001 ; 597p
- [18] Maguiraga M. Etudes 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 Med, Bamako, 2000 N°11.
- [19] El Farissi A. Mortalité maternelle à l'hôpital Hassan II d'Agadir entre 1996 et 2003. Thèse de médecine N° 382/2005
- [20] Abdourhamane M. Etude de la Mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : de l'épidémiologie à l'audit. Thèse de médecine, Bamako 2014 ; N°305.
- [21] Organisation Mondiale de la Santé. (OMS) Mortalité Maternelle. Aide-mémoire N°348. Novembre 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/.

Pour citer cet article :

S Traore, T Traore, S Fané, T Magassa, D Traore, C Sylla et al. La mortalité maternelle dans le district sanitaire de Koutiala (Mali). *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 69-75