

MORTALITE MATERNELLE EVITABLE EN MILIEU HOSPITALIER DANS UN DEPARTEMENT AU BENIN

FOURN L., LOKOSSOU., FAYOMI EB. YACOUBOU M.

RÉSUMÉ

La mortalité maternelle reste un problème épineux de santé publique ; cependant peu de données épidémiologiques sont disponibles pour la compréhension des décès maternels. Ce travail se propose de décrire leur situation à partir des données rétrospectives collationnées à l'hôpital départemental de l'Ouémé de 1993 à 1995. 350 décès maternels pour 10.000 naissances vivantes ont été observés et deux catégories de facteurs de risque identifiés. Les risques biologiques ou directs tels que infection gravido-puerpérale (OR =1,57), hémorragie (OR = 1,06) puis ceux induits par une prise en charge tardive des cas, la parité et le statut civil des femmes ont été observés.

A la fin de l'étude, les auteurs ont suggéré l'amélioration des soins en l'occurrence le management des accouchements, le renforcement de la sensibilisation des femmes et surtout le recyclage du personnel.

Mots-clés : Décès maternels, facteurs de risque, pays en développement.

SUMMARY

Avoiding maternal mortality in Benin departmental hospital

As many developing countries, maternal mortality in Benin remained a public health problem but no available epidemiological data. The target of this study was to describe the phenomenon in Oueme department hospital at south of Benin. After collecting retrospectively information from 1991 to 1994 using hospital maternity record, we observed 350 maternal deaths per 10000 births. Two kinds of risk factors were identified. Direct factors as infection (OR=1,57), hemorrhagia (OR=1,06), eclampsia and others factors as a long time window for the emergency care (OR=1,95), women parity and its marriage status. Referral women for

treatment were in high risk than the others. The majority of the risk factors were avoided. Authors suggested improvement of quality of care, reinforcement of women sensibilization and training of caregivers in maternity's units.

Key-words : Maternal death, risk factors, developing countries

En dépit des progrès de la technologie, la situation des femmes en période de grossesse reste préoccupante du fait qu'elles soient en position de risque élevé de décéder soit durant la grossesse ou lors de l'accouchement ou en suites de couches. La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsqu'une de leurs filles est enceinte. Chaque année dans le monde, plus d'un demi million de femmes meurent en suites de couches sans que les autorités politico-sanitaires ne s'en inquiètent pour des mesures actives de prévention à prendre. Par exemple en 1990, environ 600 000 décès maternels sont rapportés au niveau mondial avec une prédominance dans les pays en développement où la tragédie frappe plus d'une femme à la minute [1]. Les pays africains restent les plus concernés avec un risque cent fois plus élevé que dans les pays développés [2].

En République du Bénin, les statistiques du Ministère de la santé indiquent annuellement plus d'un décès maternel pour mille naissances vivantes [3]. Le département de l'Ouémé paraît le plus touché [4]. Mais la non-disponibilité des données rend difficile la compréhension de ce phénomène. C'est pourquoi, la présente étude se propose de décrire le faciès épidémiologique des décès maternels au sein de l'hôpital départemental de référence et de suggérer des actions et des pistes de recherches ultérieures.

CADRE ET METHODE DE TRAVAIL

L'hôpital départemental de l'Ouémé se situe dans la ville de Porto-Novo au Sud-Ouest du Bénin à 30 kilomètres de

Cotonou. Cet établissement dispose d'une maternité de 60 lits et d'un personnel qualifié (3 médecins gynécologues et des sages-femmes). En dehors des femmes enceintes qui y sont directement admises pour les soins (visites prénatales et/ou accouchement), les formations sanitaires périphériques y adressent les gestantes présentant des complications d'accouchement. Quel que soit leur état à l'entrée, les femmes devront honorer les ordonnances médicales avant de recevoir les premiers soins.

C'est dans cette maternité que nous avons mené cette étude rétrospective en utilisant les données des années 1993, 1994, 1995. Les fiches et les registres d'accouchement constituent nos principales sources de données. Leur dépouillement est manuellement fait en utilisant une grille préalablement établie. Cette grille comporte des rubriques relatives aux renseignements généraux, aux antécédents obstétricaux, aux complications et interventions subies par les femmes. Est retenue comme décès maternel dans ce travail, toute femme qui meurt durant la période gravidique, en cours d'accouchement ou en suites de couches. Nous avons analysé les données recueillies, calculé le ratio de mortalité maternelle pour chaque catégorie de femmes (référéées ou non) en prenant comme dénominateur les naissances vivantes. La comparaison de la variabilité du délai moyen de la prise en charge des femmes de chaque groupe est réalisée avec le coefficient de variation (écart-type/ moyenne). L'association entre les caractéristiques socio-démographiques, les facteurs biologiques et le statut des femmes (référéées ou non référéées) est estimée par le calcul des Odds ratio bruts.

RESULTATS

Caractéristiques des femmes

Sur les 5720 naissances vivantes survenues durant les trois années de l'étude, 200 décès maternels ont été enregistrés soit un ratio de mortalité maternelle de 350 pour 10 000 naissances vivantes. La plus jeune d'entre elles a 16 ans alors que la plus âgée en a 42. L'âge moyen de ces mères est $29,4 \pm 1,7$ ans. Une femme sur quatre a moins de 25 ans tandis que 32 % se retrouvent dans la tranche de 25 à 35 ans. Elles sont pour la plupart mariées (72 %) avec 2 à 3 enfants (40 %). La majorité d'entre elles font du commerce et les autres sont ménagères. Parmi leurs antécédents pathologiques, nous avons observé 22,5 % de fausses

couches, 13 % de curetage et 6 % de césariennes antérieures. Plus de la moitié de ces décès (61 %) sont des femmes évacuées des formations périphériques. Deux des référéées sur trois habitent des localités situées à plus de 5 kilomètres comme l'illustre le tableau 1.

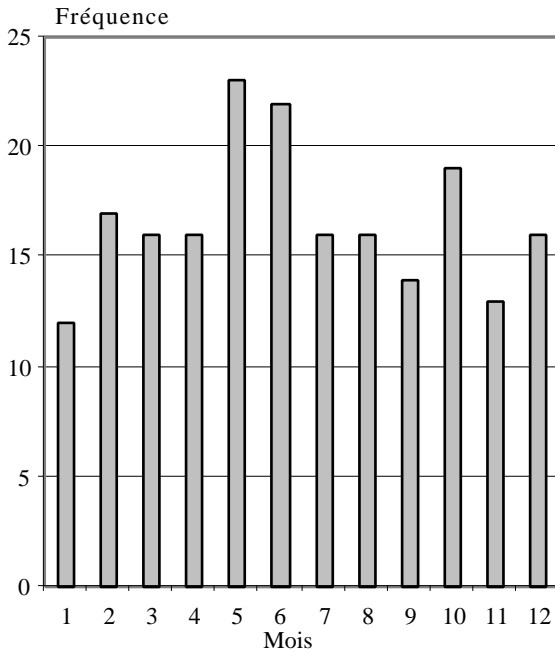
Tableau 1 : Caractéristiques des femmes décédées

Caractéristiques	Nb	%
Age (ans)		
< 20	14	7
20 - 34	91	45
34	35	17,5
ND	60	30,0
Etat civil		
Célibataire	36	18,0
Marié	95	47,5
ND	69	34,5
Parité		
0	40	20,0
1-3	74	37,0
4	70	35,0
ND	16	8,0
Distance Résidence		
< 5 km	55	27,5
5 km	105	72,5
Fausse couche		
1	34	17
2	11	5,5
Antécédents chirurgicaux		
Césarienne	13	6,5
Curetage	27	13,5
Autres	3	1,5

Variation saisonnière des décès maternels

Les décès surviennent le plus souvent (38,5 %) entre le mois de mai et juin avec un pic au mois de mai, période correspondant à celle de la grande saison des pluies. En octobre un autre pic apparaît (fin petite saison pluvieuse). La mortalité maternelle reste néanmoins élevée dans l'ensemble. Par contre durant la sécheresse (grande et petite saison sèche), l'importance des décès est relativement moindre. Cette variation selon les saisons est illustrée par la figure suivante.

Figure 1 : Tendence saisonnière de la mortalité saisonnière



Facteurs de risque des décès maternels

Les facteurs présumés de décès maternels sont dominés par les infections, l'anémie et les hémorragies. En effet, plus d'une femme décédée sur quatre a une infection gravidopuerpérale alors qu'une d'entre elles sur cinq est anémiée. Les femmes référées sont plus d'une fois et demie atteintes d'infection que celles qui sont arrivées directement à l'hôpital (OR = 1,57). Pour l'anémie, elles semblent moins à risque que celles qui y sont directement admises. Les hémorragies regroupant les métrorragies et les hémorragies de délivrance occupent la troisième place. Leur fréquence est plus importante chez les femmes référées lesquelles sont plus exposées de manière statistiquement significative que les autres ($p < 0,05$). Les complications éclamptiques et l'atteinte palustre complètent la liste de ces facteurs directs de décès dont 70 % sont évitables. Pour les derniers facteurs, nous n'avons pu observer une différence significative entre les deux groupes de femmes. Lorsque la femme est mariée, le risque de décès apparaît plus important que chez les femmes célibataires.

En ce qui concerne le délai entre le temps d'admission à la

maternité de l'hôpital et l'administration des premiers soins, il est en moyenne de 1,58 heure \pm 2,1 pour les référées et 1,80 heures \pm 2,2 pour les non référées. Le délai le plus court est de 15 minutes tandis que le plus long est de 6 heures après l'admission. La durée moyenne de prise en charge est pratiquement identique dans les deux groupes (CV = 1,32 pour les référées et 1,22 pour les non référées). Les femmes référées apparaissent plus à risque de décéder (OR=1,95) que les autres. Quant aux hospitalisées, plus de la moitié des décès sont enregistrés durant les premières 24 heures (59, 5 %) avec une prédominance moins de 12 heures après l'admission. Après les deux premiers jours, la proportion de ces décès régresse (tableau II).

Tableau II : Relation entre les facteurs de risque et statut d'admission des femmes décédées

Facteurs	Référés	Non référés	OR
Age			
< 20	6	8	0,45
20 - 34	54	37	0,88
34	19	16	0,71
Etat civil			
Célibataires	17	19	0,50
Mariées	61	34	1,29
ND	44	25	1,19
Parité			
0	26	14	1,24
1-3	43	31	0,83
> 4	43	27	1,03
Complications			
Hémorragies	23	14	1,06
Infections	39	18	1,57
Anémies	25	21	0,70
Eclampsie	18	14	0,79
Paludisme	17	11	0,99
Suite opératoire	41	19	0,51
Délai admission/soins			
< 1 heure	43	17	1,95
1-2 heure	14	8	1,13
> 3	13	8	1,04
ND	52	45	0,54

OR = Odds ratio ND = non déclarés

DISCUSSION

Le décès maternel demeure un problème de santé publique dans les pays en développement [4] dont l'Afrique, déjà éprouvée par le poids des maladies infectieuses et de la malnutrition. La République du Bénin n'échappe nullement à cette triste réalité qui draine peu d'actions pertinentes de prévention malgré l'incidence croissante des décès des femmes durant la grossesse et à l'accouchement. Dans le département de l'Ouémé comme dans tout le pays, l'importance de la tragédie est mise en évidence à travers des chiffres éloquentes [5] sans qu'une politique de santé axée sur la mère ne soit mise en application. La mère demeure absente voire négligée [6] dans les programmes de protection de la santé familiale. Les résultats de cette étude indiquent une hausse progressive de la mortalité maternelle. Ce constat va dans le même sens que les études antérieures [7]. Le risque de décès est de 1/29, ce qui se rapproche de celui reconnu pour les femmes africaines [8] ; cependant il est possible d'en réduire l'importance en prenant en compte les facteurs de risque évitables. Les femmes jeunes, nullipares, mariées, de situation économiquement basse sont les plus concernées dans cette étude. Cette population-cible est également identifiée par d'autres travaux [9]. Ces femmes enceintes souvent sous-nutries exercent des travaux domestiques pénibles et des activités commerciales lesquelles exigent souvent des déplacements épuisants, nécessitant des dépenses d'énergie [10]. Bien que mariées, elles doivent subvenir à leurs propres besoins et parfois à ceux du conjoint en vue d'échapper aux critiques des beaux-parents. Les nullipares fournissant plus d'effort que les autres qui ont des expériences antérieures de maternité se retrouvent plus à risque de décéder. L'ampleur du drame est élevée en saison pluvieuse en raison des problèmes d'accessibilité géographique. Cependant l'amélioration des soins prénatals pourrait permettre d'éviter près de 70 % des décès enregistrés. Si les facteurs biologiques identifiés cadrent avec les conclusions des travaux antérieurs tant nationaux qu'africains [11], l'influence des facteurs indirects tels que le statut d'admission des femmes, leurs conditions de vie précaires apparaît très importante. Aussi, le délai assez long séparant l'admission et les premiers soins soulève-t-il l'épineux problème de la qualité des soins dans cet établissement de référence au niveau régional. Que la femme soit référée ou non, la lenteur dans la prise en charge des urgences interpelle le personnel de soins et suscite plusieurs questions: quelle est la capacité

d'évaluation des risques par le personnel en place ? Existe-t-il un minimum de matériel pour les premiers soins ? A quel stade les femmes référées sont-elles reçues ? Quelle est la capacité de ces femmes à honorer les prescriptions le plus tôt ? Dans les cas extrêmes, comment fonctionne dans cet hôpital le système d'autofinancement ? Une étude prospective sur la qualité des soins s'avère nécessaire pour approfondir ces différents aspects. Bien que les données de routine ne reflètent pas la réalité de l'ampleur du phénomène, il demeure néanmoins préoccupant de réfléchir sur les voies et moyens susceptibles d'en réduire l'importance et de limiter ses conséquences. En fait, le décès d'une femme génère des orphelins, provoque la désintégration de la famille, affaiblit les capacités de production du chef de ménage et entrave non seulement la chance de survie du nouveau-né, mais également celle des enfants en bas âge. Dans cette optique, le décès maternel évitable dans la majorité des cas, s'impose comme un «symptôme» de pauvreté qui fait appel aussi bien aux décideurs qu'aux agents de santé.

Par ailleurs il convient de souligner quelques lacunes méthodologiques nécessaires à la compréhension des résultats.

Elles concernent surtout les données de routine dont les insuffisances (imprécisions, manque d'exactitude) sont connues dans la littérature. Aussi, l'étude n'a pu tenir compte des décès survenus à domicile durant la période de 42 jours des suites de couches, suggérée par la définition de l'OMS [4], ni de ceux des nouveau-nés. La non-disponibilité des données sur les femmes admises dans la même période et sans complications fatales n'a pu aider à la mise en évidence avec plus de pertinence les facteurs identifiés.

De plus, les valeurs manquantes de certaines variables (âge, parité, délai des soins) suscitent la prudence dans l'interprétation des résultats obtenus. Cependant, en dehors de ces inquiétudes méthodologiques, les conclusions de l'étude donnent une idée du faciès de ces décès dans cet hôpital de département.

Ils précisent que l'acceptation de l'approche «maternité sans risque» nécessite la modification de l'ordre des priorités dans la prise de décision en matière de santé de reproduction. Ainsi, le recyclage du personnel des soins dans cette maternité s'impose pour améliorer la qualité de leurs prestations. La sensibilisation des conjoints et leur implication dans les programmes de la santé de la reproduction est un atout supplémentaire pour la réduction de

l'ampleur de la mortalité maternelle. L'amélioration des conditions de vie des femmes enceintes, leur encouragement à utiliser des moustiquaires imprégnées et l'amélioration de la qualité des soins permettront d'éviter plus de deux décès sur trois.

Par ailleurs, la prise de conscience et la volonté manifeste du gouvernement d'intensifier la lutte contre les décès maternels dans un programme précis des activités de soins de santé primaires sont indispensables pour approcher l'objectif social de l'OMS «Santé pour tous».

CONCLUSION

Le décès maternel demeure un drame qui perdure au Bénin et dans les pays africains malgré le caractère évitable de certains facteurs favorisants. Mis à part les facteurs maternels directs souvent évoqués, la qualité des soins à l'admission des femmes à l'hôpital est un élément nouveau que l'on peut éviter par une prise de conscience du personnel de soins, par leur recyclage et une politique de réduction du phénomène à travers un programme structuré axé sur la mère.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - OMS.
Principaux problèmes de santé des femmes. In : améliorer la santé des femmes pour un monde meilleur.
Rapport de situation de l'OMS. - 4e Conf. mondiale sur les femmes. Beijing, Chine, 4-5 Septembre -1995, 9-14.
- 2 - OMS.
Sous-estimation de la mortalité maternelle.
Presse OMS, Communiqué OMS/7, Genève, 5 fév. 1996, 1-2.
- 3 - MINISTERE SANTE. ACTIVITES DES MATERNITES.
In : Statistiques sanitaires.
Mini. santé Cotonou/DPCE/SSDRO, 1995, 86-88.
- 4 - BOERMA J.T.
Levels of maternal mortality in developing countries.
Studies in Fam. Plan. 1987 ; 18 (4) : 213-221.
- 5 - MINISTERE SANTE
Rapport d'activités annuel.
Département de l'Ouémé, 1995.
- 6 - ROSENFELD A., MAINE D.
Maternal mortality. A neglected tragedy. Where is M in MCH.
Lancet 1985 ; (8445-8448) : 83-85.
- 7 - ALIHONOU E., ADEGBINI B., CAPO CHICHI V., DE SOUZA, AHOANGHIYO P.
Issues de grossesses et facteurs de risque périnatales en zone rurale au Bénin.
Afr Méd 1993 ; 32 (302) :17-21.
- 8 - KWAST BARBARA E, ROGER W ROCHAT WIDAD KIDANE-MARIA.
Maternal mortality in Addis Abeba, Ethiopy.
Studies Fam Plan 1986 ;17 (6) : 288-299.
- 9 - DIADHROU F., BAH MD, MOREAU JC, DIALLO D., MBAYE K.H., DIALLO B., CORREA J.,
Etude épidémiologique et prévention de la mortalité maternelle.
In : Actes du 1er congrès de la Société de Gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo à Cotonou 24-25 mars 1986. MEPS Cotonou, 1989.
- 10 - BRUCK C., BULL S.
Preventable causes of death versus infant mortality as an indicator of the quality of health services.
Int. J. Health Serv., 1986 ; 16 (4) : 53-563.
- 11 - KHAN A.R., JAHAN F.A., BEGUM F.S., JALIL K.
Mortalité maternelle dans le Bangladesh rural.
Forum Mond. Santé 1985 ; 6 : 36-370.