



9^{ème} Congrès de la FSMAR et 19^{ème} congrès de la SAARSIU 13- 14-15 décembre 2018 — Alger



Mortalité maternelle en réanimation obstétricale de l'hôpital Mère Enfant : Wilaya de Sidi Bel Abbès.



K. Yousfate – Raber El Maizi.

**Faculté de Médecine. Université de Djillali Liabès
Service Anesthésie Réanimation. Hôpital Mère et Enfant (Maternité)
Sidi Bel Abbès.
yousfatek@yahoo.com**



INTRODUCTION

❑ On définit le décès maternel, selon l'**OMS**, par le décès de femme **en âge de procréer (15 -49ans)** survenant :

- au cours de la grossesse,
- ou au cours de l'accouchement,
- ou dans les 42 jours après l'accouchement.

❑ Les taux de mortalité maternelle estimés par l'OMS et par le Ministère de la Santé, bien qu'ils ne soient pas concordants, dévoilent une proportion assez élevée par rapport à celles des pays développés.

- Pays **développés** : 16 pour 100 000 NV.
- Pays **non développés** : 230 pour 100 000 NV.

OBJECTIFS

❑ Etude descriptive de la mortalité maternelle de la Wilaya SBA

❑ Evolution du taux de mortalité maternelle

MATERIELS ET METHODES (1)

- ❑ **Etude** : Descriptive, rétrospective,
- ❑ **Région** : Wilaya de Sidi Bel Abbès
- ❑ **Sources de l'information de déclaration de décès des autres structures** : DSP de Sidi Bel Abbès
- ❑ **Recueil des données sur dossiers** :
 - Hôpital Mère & Enfant (HME) de Sidi Bel Abbès
 - CHU de Sidi Bel Abbès
 - EPH Telagh
 - EPH Sfisef.

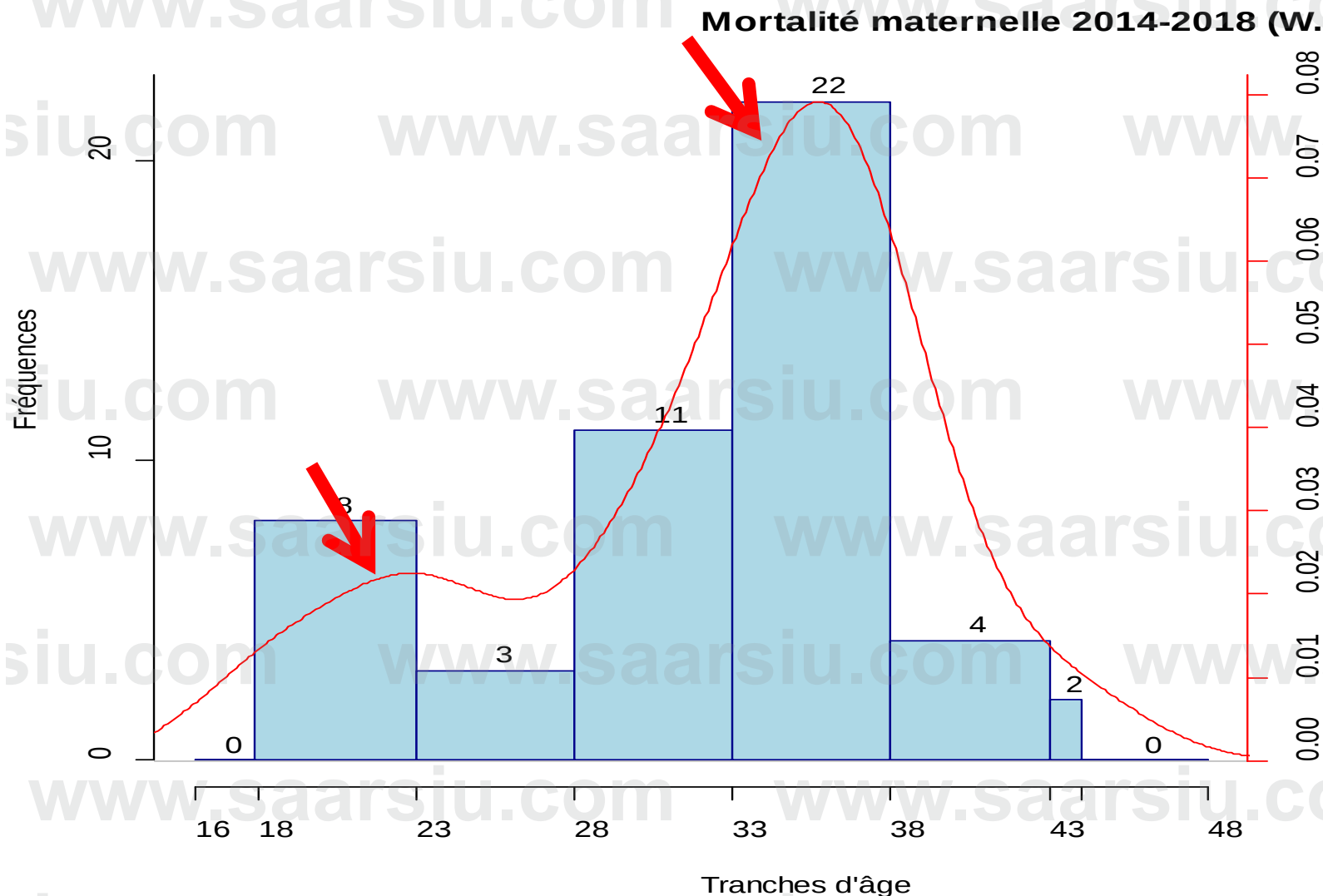
- ❑ **Population étudiée** :
50 patientes dont le décès est qualifié de mort maternelle (échantillon exhaustif).
- ❑ **Durée** : du 01/01/2014 au 10/12/2018.
- ❑ **Paramètres étudiés** :
Age, cause, date et lieu du décès, heure de décès, parité, ...
- ❑ **Logiciel utilisé** : Langage R.

RÉSULTATS

«La grossesse et accouchement ont, depuis l'origine des temps, fait courir à la femme un risque mortel»

Rivière déclarait en 1959

Mortalité maternelle par tranches d'âge



□ Deux modes

■ **T1=[18-23]** :

-Moyenne = 20,88

- Ecart-type = 2,23

■ **T2=[29-44]** :

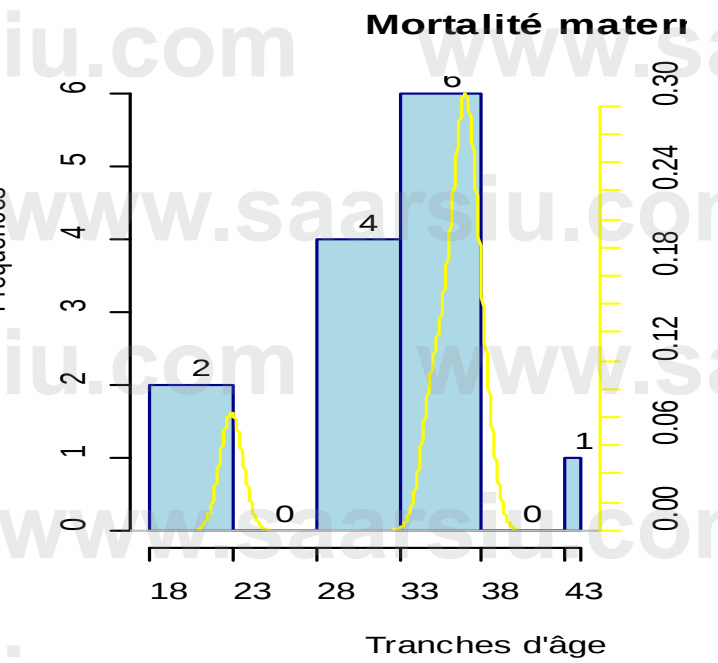
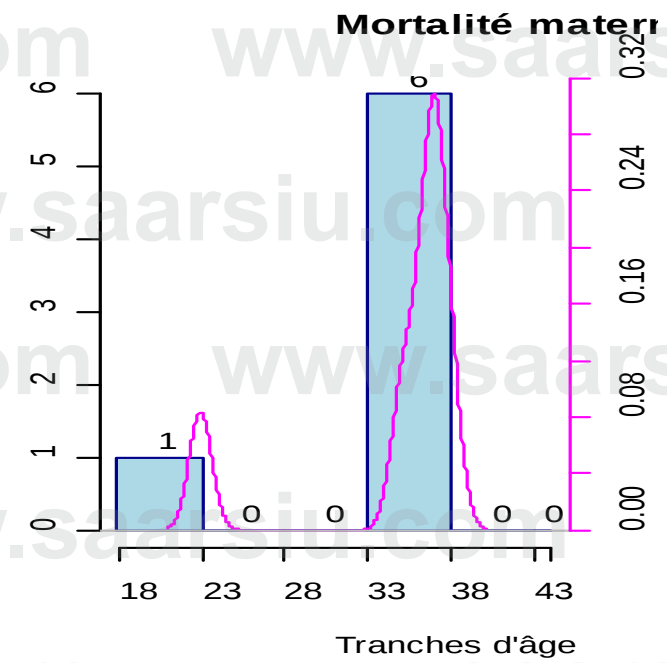
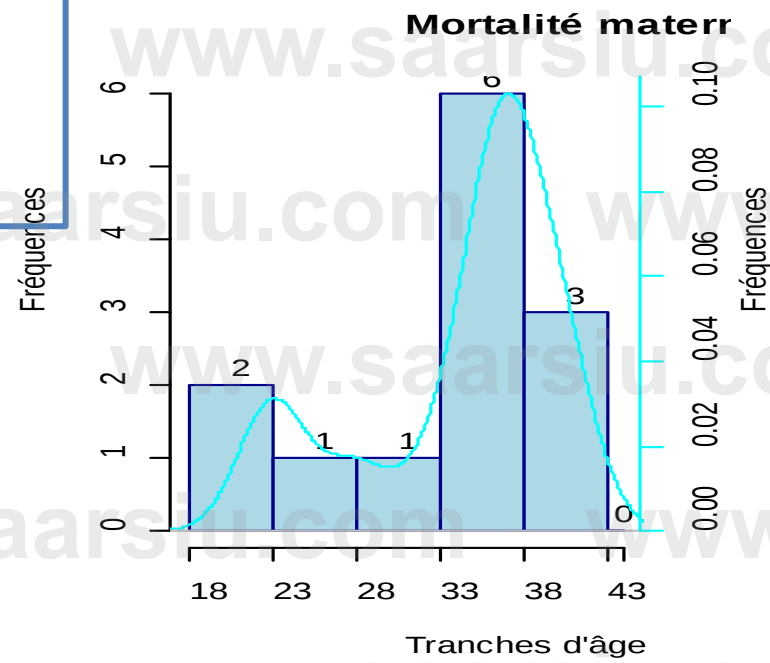
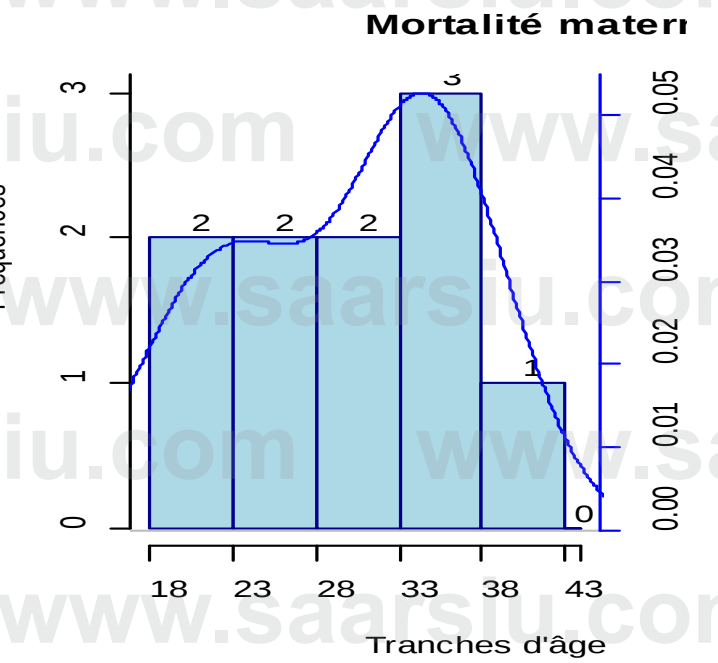
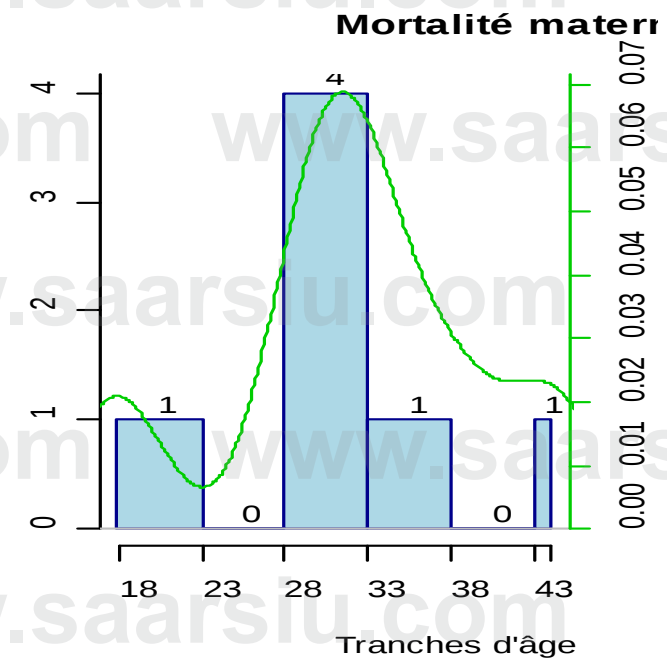
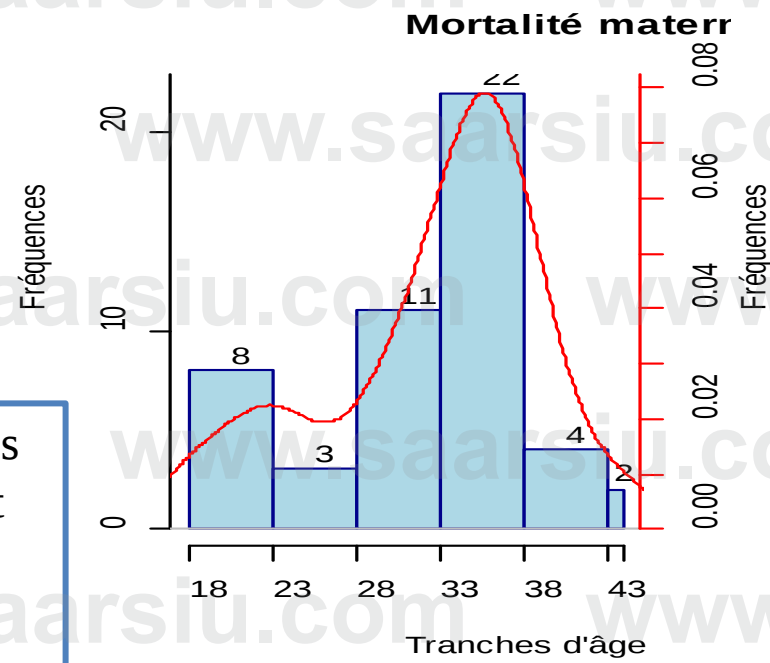
-Moyenne = 35,38

- Ecart-type = 3,64

→ le mode est plus précisément : **T= [33-38]**.

Phénomène des 2 modes T1 et T2 est récurrent.

Illustré sur les graphiques suivants :

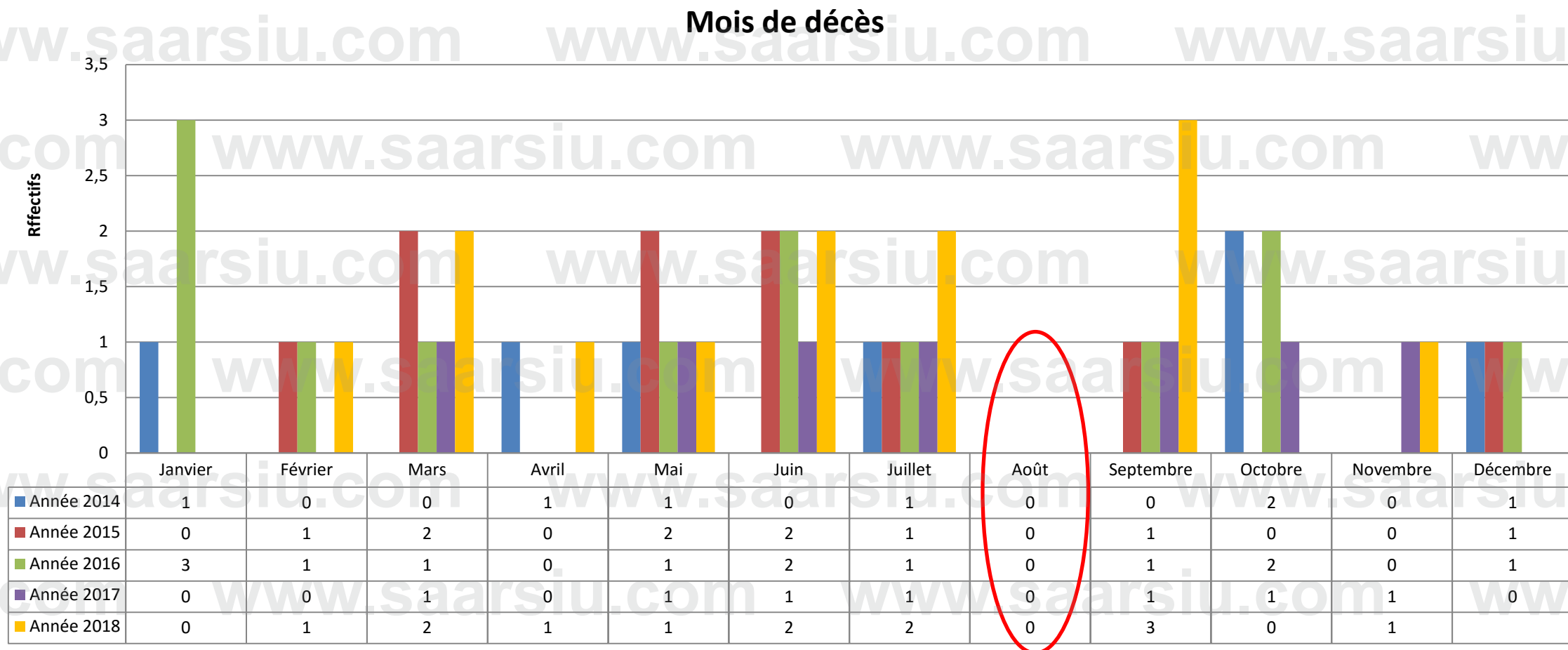


Taux de mortalité maternelle (TMM)

Année	Taux de mortalité maternelle TMM = cas décès /100 000 NV
2014	58,21
2015	51,41
2016	75,61
2017	31,86
2018	76,98

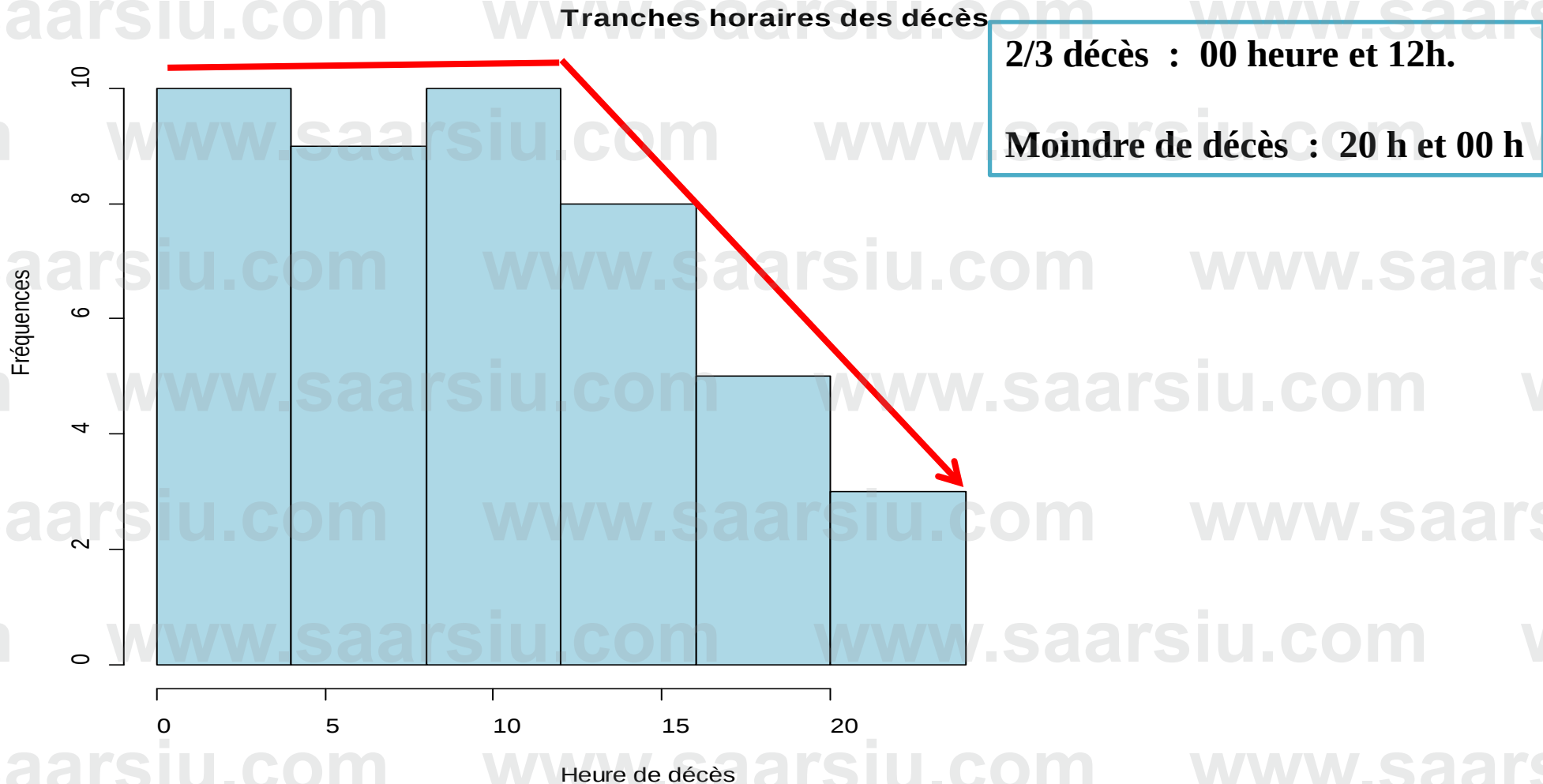
Année	Taux de mortalité maternelle TMM =cas décès /100 000 NV
2014 - 2018	58,48

Mortalité maternelle selon les mois



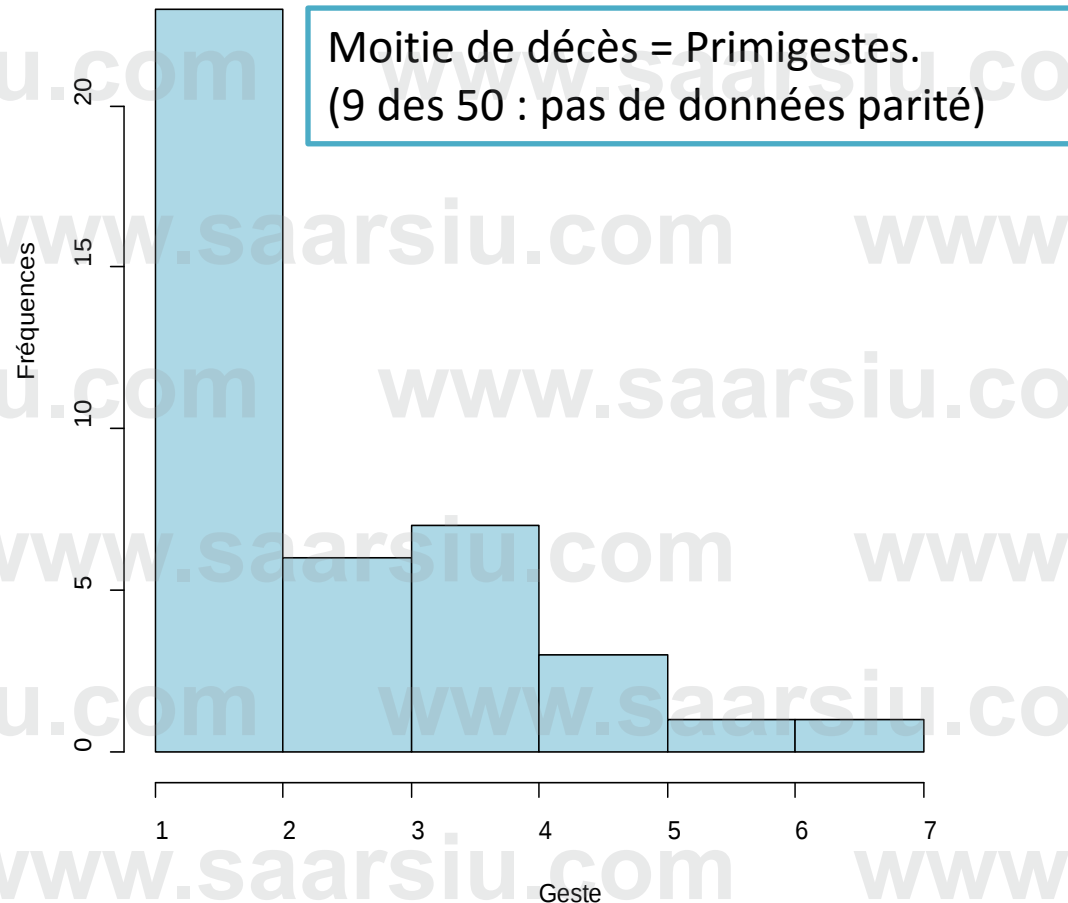
Nous n'avons enregistré aucun décès maternel durant le mois d'août (nous avons essayé de faire des comparaison avec des statistiques nationales, mais cela n'a abouti à aucun résultat exploitable).

Mortalité maternelle selon heure de décès

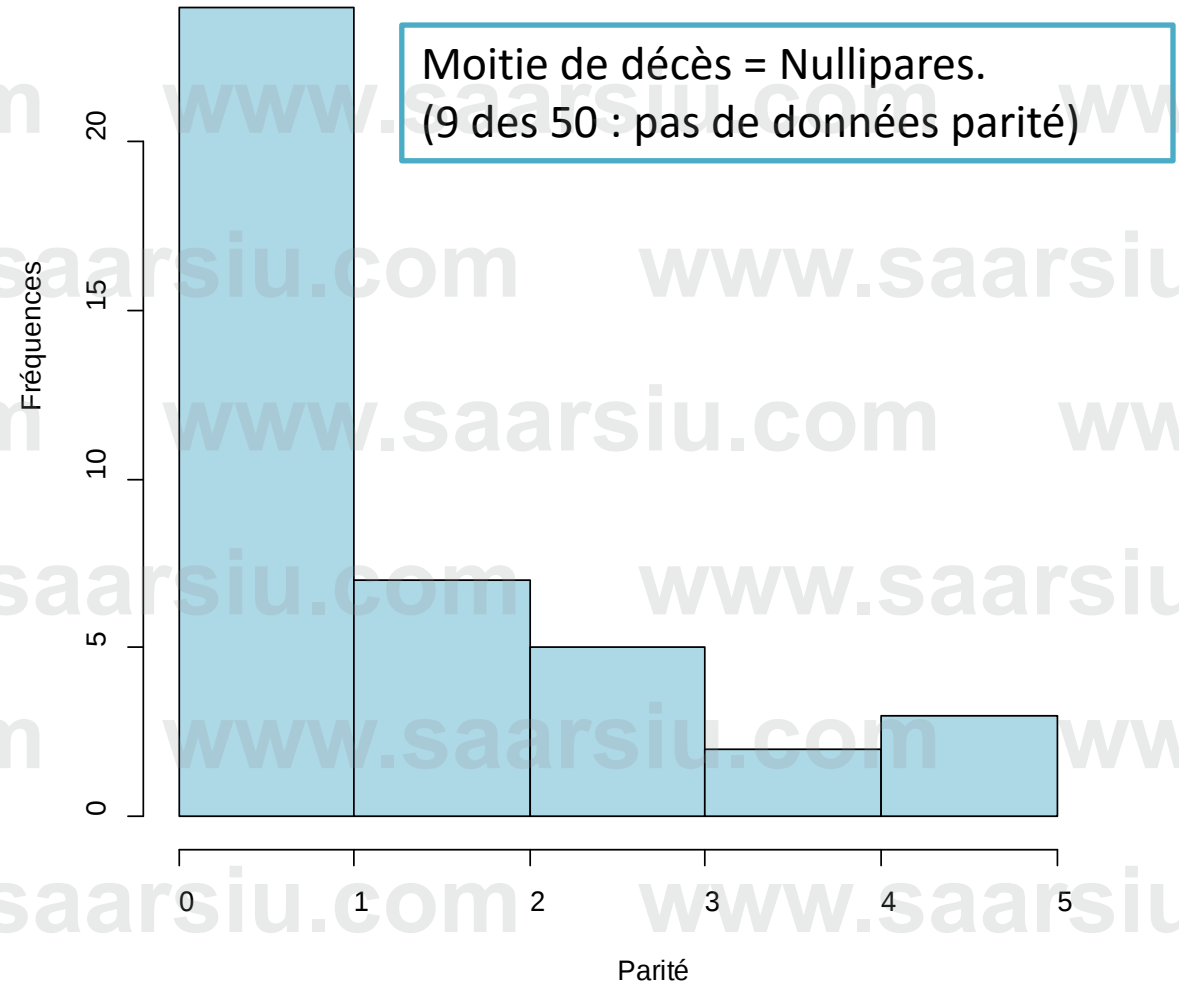


Mortalité maternelle selon le geste et la parité

Mortalité selon le nombre de geste



Mortalité selon la parité

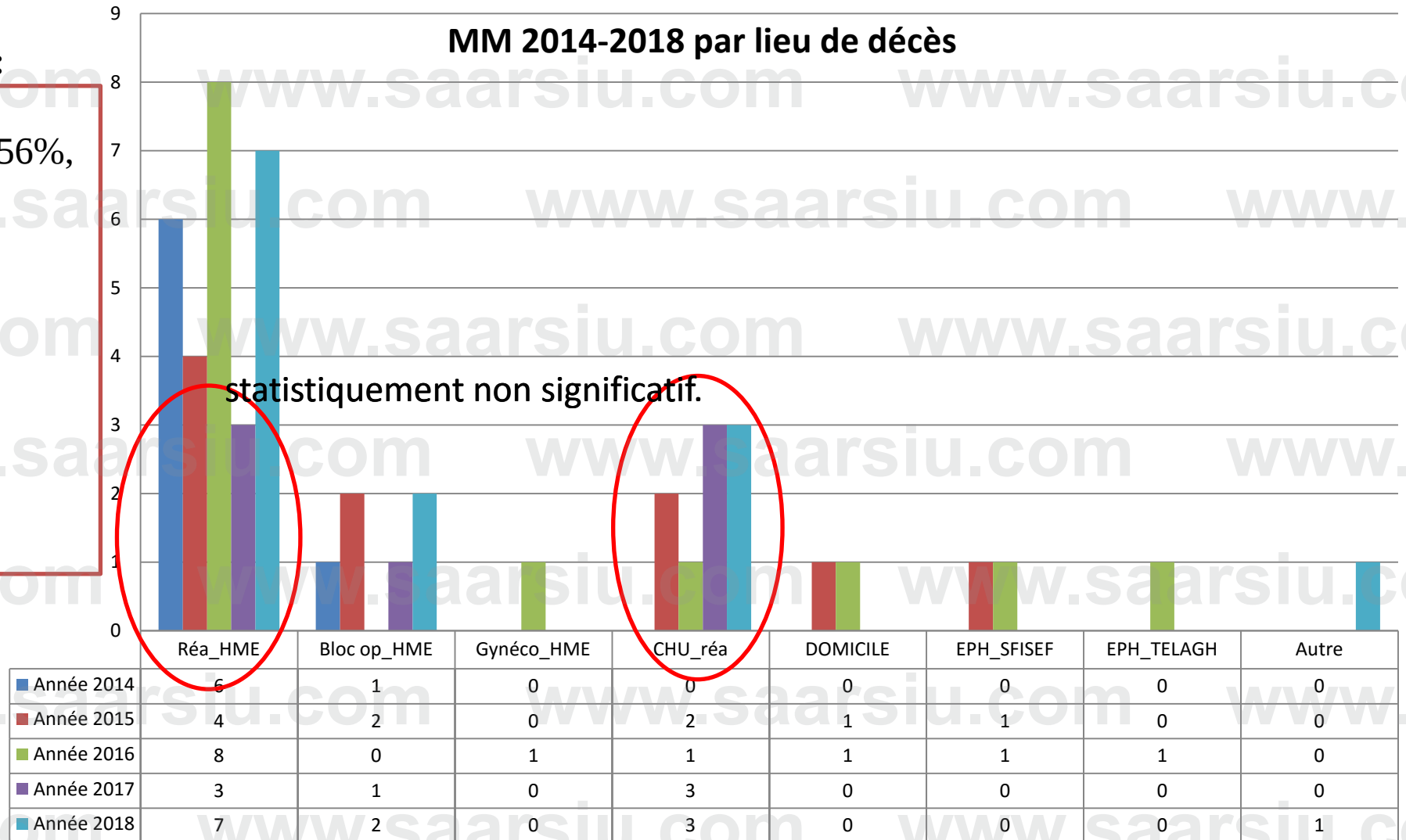


MM de 2014 à 2018 selon lieu du décès _ ou?

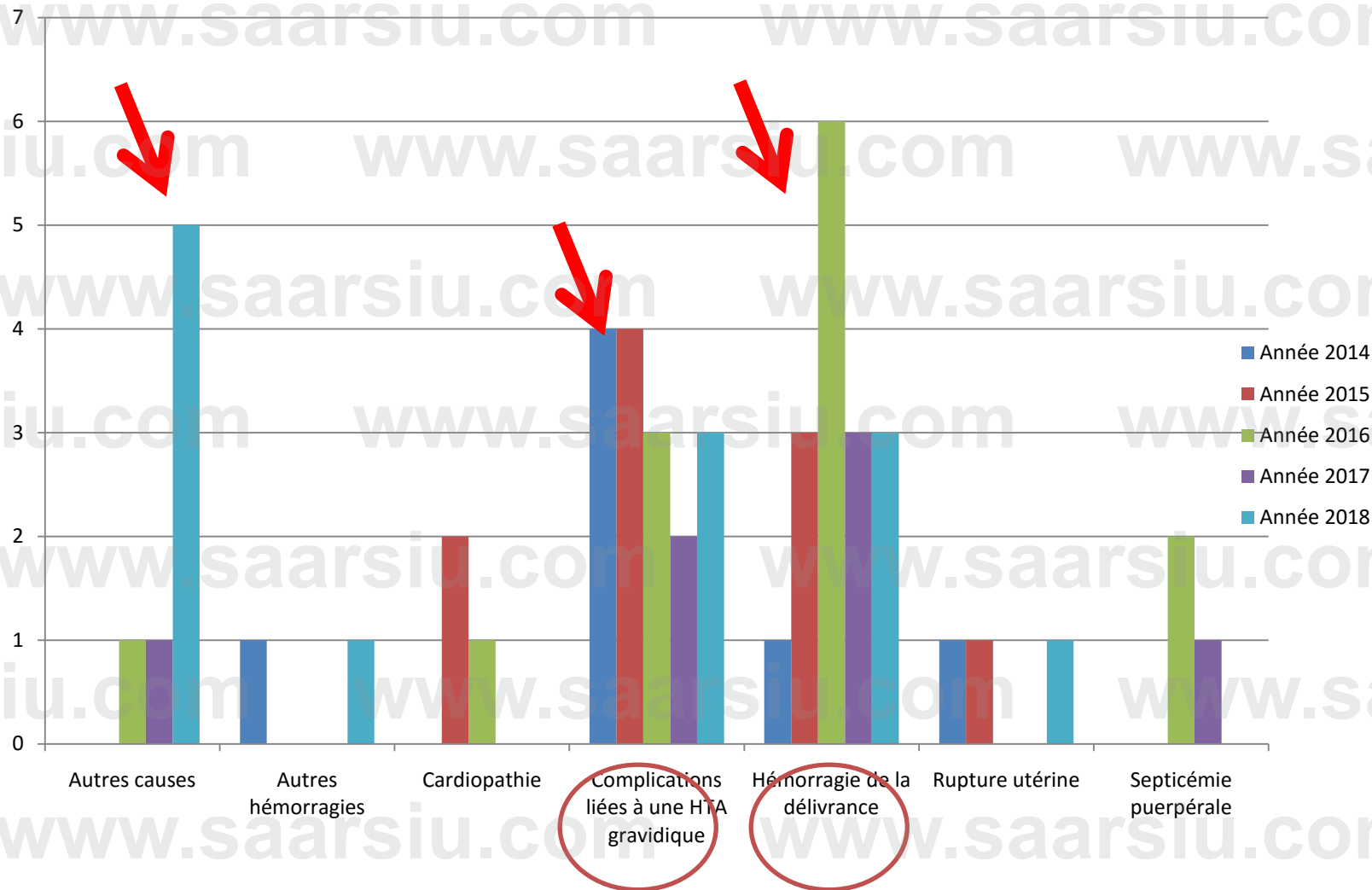
Lieu des taux de décès :

- Réanimation obstétricale : 56%,
- Réanimation du CHU : 18%
- Bloc opératoire : 12%.
- Les EPH : 6%
- domicile : 4%
- ou autre : 2%.

MM 2014-2018 par lieu de décès



Causes de décès



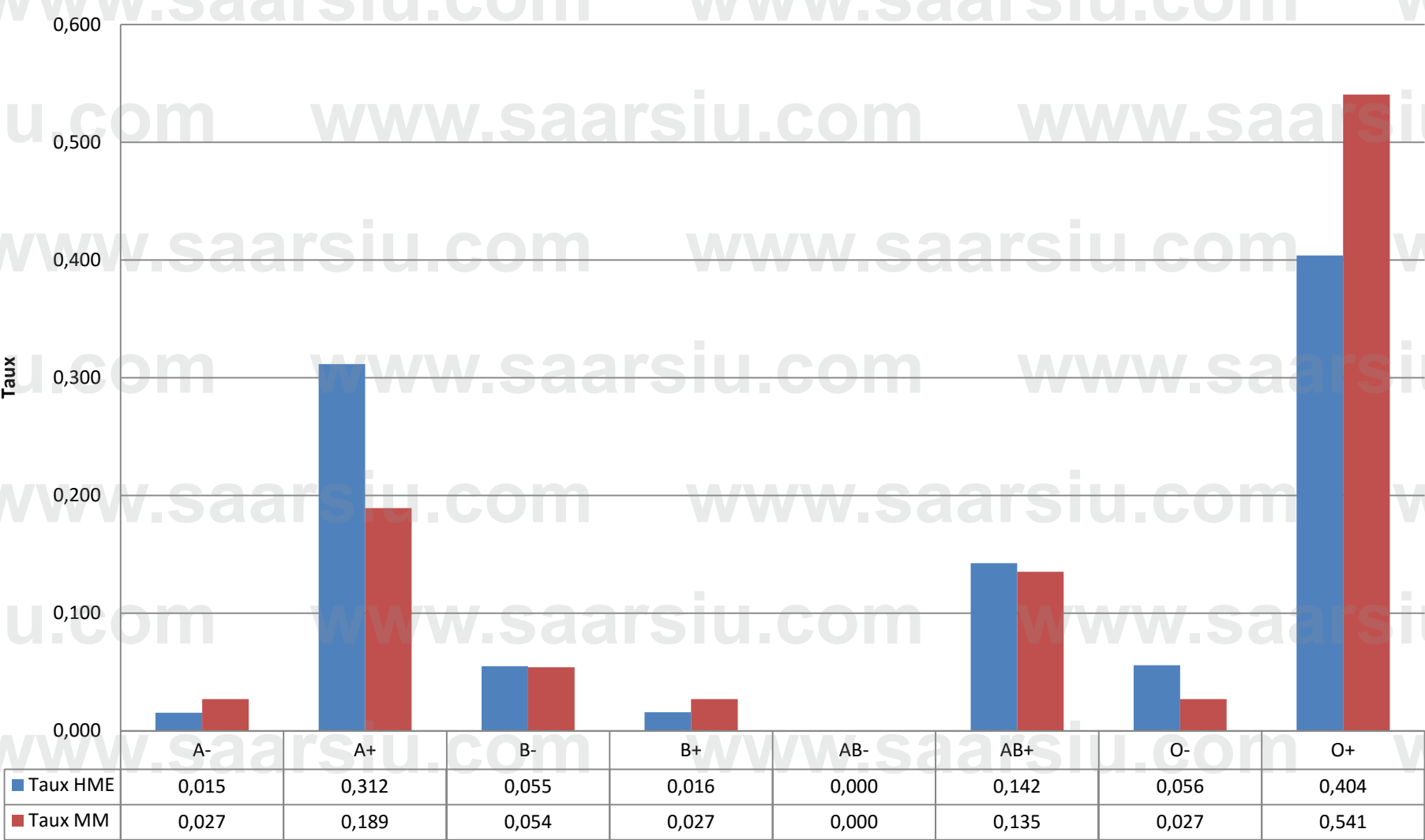
■ 1^{ère} Hémorragie de la délivrance ; 33,33%

■ 2^{ème} Complications liées à une HTA gravidique (31,25%).

■ 3^{ème} Autres causes: en 2018 **cancer** et **Crohn** sont en augmentation.

Mortalité maternelle selon le groupe sanguin

Taux de MM selon le groupe sanguin



En augmentation : O+ et A-

En réduction : A+ et O-

Mais statistiquement non significatif).

Autopsie

□ Le **taux d'autopsie** étant de **4,17%**, il est difficile d'établir des diagnostics de certitude post mortem qui peuvent être très utiles à la famille en cas de maladie héréditaire.

DISCUSSION

❑ En analysant l'évolution du taux des causes de la mortalité maternelle, par année, nous constatons que les complications liées à une HTA gravidique ont été réduites suite à une meilleure prise en charge des désordres hypertensifs dus à la grossesse.

❑ Une amélioration considérable de la prise en charge des parturientes pourrait être envisagée, notamment en suites des couches (4 décès sur 5 surviennent en suites des couches selon l'INSP ; plus de 9 sur 10 dans notre étude).

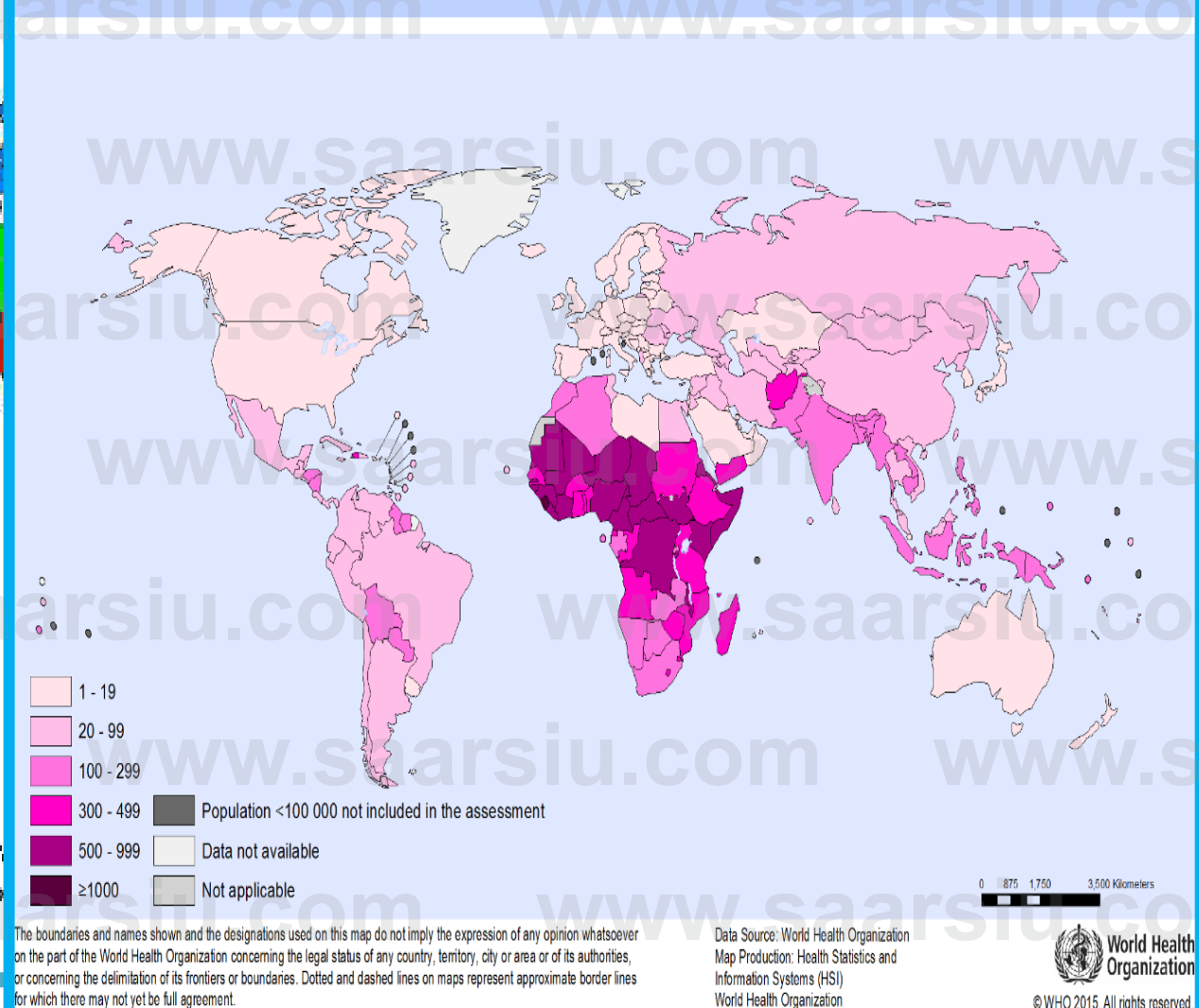
DISCUSSION

- ❑ Malgré l'effort consenti pour la couverture sanitaire, en lien avec la prise en charge de la mère.
- ❑ Plus de 97% des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié.



Notre pays n'a pas atteint l'objectif de l'OMD5 : 50 pour 100 000 NV.

Maternal mortality ratio (per 100 000 live births), 2015



DISCUSSION

❑ En septembre 2015 (en période finale du projet des 8 OMD), les Nations Unies ont élaboré un autre projet sur les 15 années qui suivent (jusqu'à 2030) destiné au développement humain composé de dix-sept objectifs portant l'acronyme ODD (Objectifs de développement durable).

❑ L'amélioration de la santé maternelle est contenue dans le 3^e objectif et c'est la 1^{re} cible parmi les 13 citées.

DISCUSSION

OMD5 Algérie

- Accouchement assisté par un personnel qualifié (> 95%)
- Objectif atteint partiellement

ODD3 (1^{re} cible)

- Méthodologie adoptée (en collaboration avec d'autres partenaires) pour établir un plan d'action efficace pour réduire le taux de mortalité maternelle.

Objectif ODD3.1

**Taux < 20 MM
/100 000 NV**

Recommandation(s)

- Mettre un **système de communication** efficace entre obstétricien, réanimateur et neonatologiste.
- Etablir des **référentiels nationaux pour la CAT** devant des classes de cas à risque de patientes en état de grossesse. Ces référentiels doivent prendre en considération tous les intervenants de la prise en charge.
- Etablir un **système informatique unifié et fiable** sur les patientes en âge de procréation à la disposition des médecins chercheurs.
- Etablir un **système de gestion de temps** pour les cas d'urgence obstétricale, même quand la patiente est à une distance importante de la réanimation ou du bloc opératoire.

CONCLUSION

❑ La **réduction de la mortalité maternelle** passe par une meilleure organisation de tous les aspects de la prise en charge de la femme enceinte. → indicateur de qualité des soins

❑ Des **stratégies doivent être adoptées** pour réduire considérablement la mortalité due au désordre hypertensif gravidique ainsi que celle due aux hémorragies, notamment en **post-partum**, même tardif, car **90% des décès ont lieu en post-partum**.

Merci pour votre attention

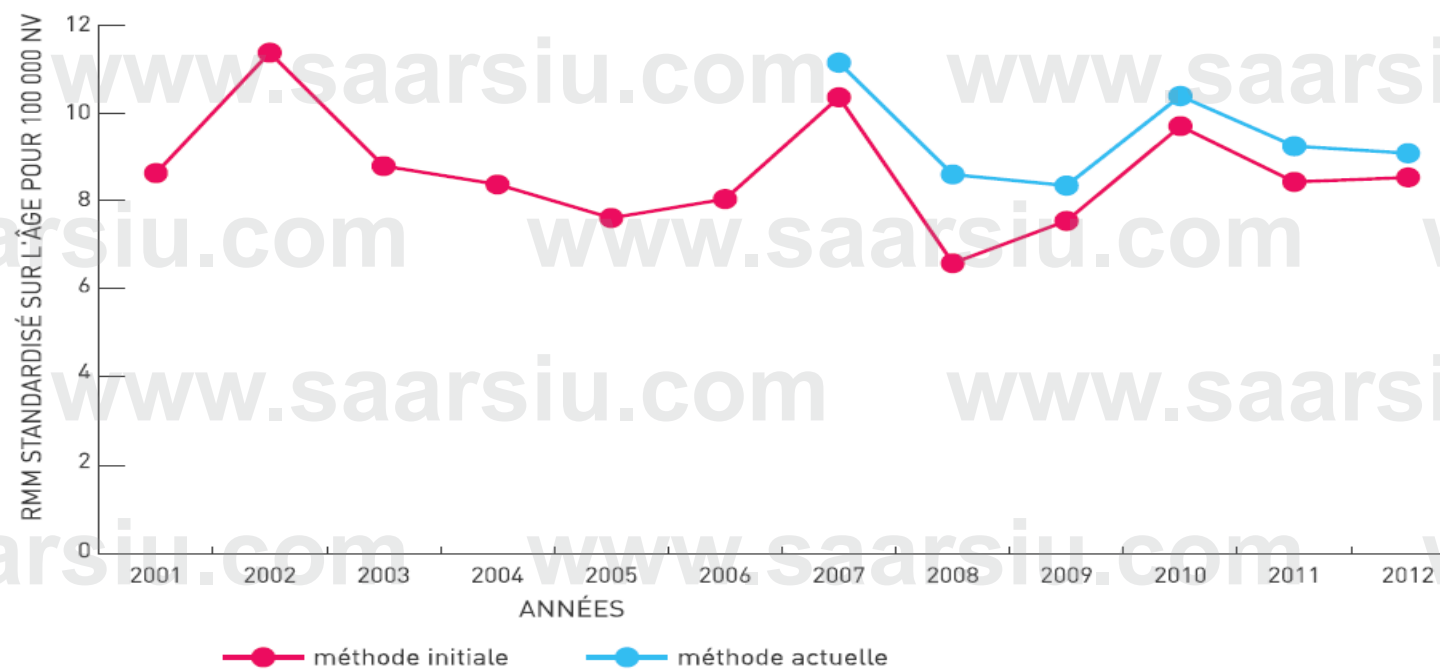


Références

- [1] Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM). Inserm-France, 2006 ; p.1-75-170, 2006
- [2] Ouchtati,M_Mezhoud,S_Rahmoun,FC- OMD 5 et mortalité maternelle, confluence et sommation croisées de toutes les inégalités_Cahiers Santé, Vol 19, no 3, 167-1, 2009
- [3] OMS et al.- Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008---__9789242500264_fre 2011
- [4] Favre de Thierrens L, Aya AG, Cherre-Pallancher S,- morbidité maternelle aigue sévère en réanimation. 2012-
- [5] Rapport morts maternelles en France mieux comprendre mieux prévenir. 2017
- [6] Tessier V. et al. Mortalité maternelle chez les femmes en situation précaire Résultats de l'ENCMM,2010-.2012 2018-

FIGURE 1 I

Évolution du ratio de mortalité maternelle annuel de 2001 à 2012, après standardisation sur l'âge maternel ^a, données ENCMM



a. Population de référence pour la standardisation : naissances vivantes par groupe d'âge des mères en 1996

Image 1 / Illustration de l'évolution de l'hémoglobinémie lors d'une hémorragie aiguë

HÉMOGLOBINE : ATTENTION À LA PREMIÈRE ÉVALUATION FAUSSEMENT RASSURANTE

