



ETUDE DES DECES MATERNELS 3 ANS AVANT ET 3 ANS APRES LA GRATUITE DE LA CESARIENNE EN MILIEU HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AU BENIN

TSHABU AGUEMON C*, TONATO BAGNAN A**, ADISSO S*, HOUNDEFFO T*, LAGOYE G*, TAKPARA I*

*Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre National Hospitalier Universitaire HKM (Bénin)

** Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (Bénin)

*** maternité du centre hospitalier départemental du Borgou Alibori (Bénin)

Correspondance : TSHABU AGUEMON CHRISTIANE - caguemon@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La grossesse et l'accouchement font courir à la femme un risque important en raison des complications imprévisibles.

Objectif : Evaluer l'impact de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle.

Patientes et méthodes : Il s'était agi, à la CUGO du CNHU-HKM, d'une étude descriptive analytique à deux volets : un volet rétrospectif de 3 ans (P1) couvrant la période avant la gratuité de la césarienne et un volet prospectif de 3 ans (P2) couvrant la période après la gratuité de la césarienne. Toutes les femmes décédées après une indication de césarienne ou après sa réalisation étaient incluses. L'échantillonnage (90) était exhaustif. 25 décès de femmes dans la P1 et 66 dans la P2. L'analyse des données était faite à l'aide du logiciel STATA/IC 11.0. Les tests du chi 2 et de Fisher étaient utilisés et le seuil de signification était défini par $p < 0,05$.

Résultats : 28,1% des décès étaient enregistrés dans P1 contre 28,7% dans P2. Dans P1 et P2, l'âge moyen était de 29 ± 6 ans. Quant aux causes de décès maternel, l'hémorragie représentait 45,8% (P1) et 43,9% (P2) soit 44,4% des causes de décès sur l'ensemble de la population d'étude. Le taux de létalité maternelle était de 0,91% dans P1 et de 1,26% dans P2 ($p=0.013$). Le ratio de mortalité maternelle était de 941,97 décès pour 100.000 naissances vivantes dans P1 et de 1304,43 décès pour 100.000 naissances dans P2.

Conclusion : La gratuité de la césarienne n'a pas encore permis d'avoir l'effet escompté sur la réduction de la mortalité maternelle. Mais le pronostic néonatal a connu une amélioration.

Mots clés : *césarienne gratuite, mortalité maternelle, pronostic foetal*

ABSTRACT : MATERNAL MORTALITY STUDY 3 YEARS BEFORE AND 3 YEARS AFTER FREE OF CAESARIAN IN UNIVERSITY HOSPITAL IN BENIN

Introduction: Pregnancy and childbirth are the woman a significant risk because of unpredictable complications.

Objective: To evaluate the impact of the free caesarean on the maternal mortality rate.

Patients and methods: We conducted at CUGO of CNHU-HKM an analytical descriptive study in two parts: a retrospective section 3 year (P1) covering the period before the free caesarean section and a 3-year prospective component (P2) for the period after the free caesarean section. All women who died after an indication of cesarean section or after its completion were included. Sampling (90) was comprehensive. 25 deaths of women in P1 and 66 in P2. The data analysis was done using STATA / IC Software 11.0. Data were analyzed using the chi 2 test and Fisher as appropriate depending on the size of the obtained sample. The agreement by significance was defined as $p < 0.05$.

Results: In P1, 28.1% of deaths were registered and in P2, 28.7%. In P1 and P2, the average age was 29 ± 6 years. The causes of maternal death, hemorrhage represented 45.8% (P1) and 43.9% (P2) causes 44.4% of causes of death over the entire study population. The maternal fatality rate was 0.91% in the period P1 and 1.26% in the period P2 ($p = 0.013$). The maternal mortality ratio was 941.97 deaths per 100,000 live births in the period (P1) and 1304.43 deaths per 100,000 births in (P2).

Conclusion: The free caesarean has not allowed to have the desired effect on reducing maternal mortality. But neonatal prognosis had improved.

Keywords : *free caesarean section, maternal, fetal prognosis*

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent des événements qui sont de façon générale sources de joie pour la famille. Toutefois ils font courir à la femme un risque important en raison des complications imprévisibles auxquelles ils l'exposent. En effet, si l'on sait quand et comment commence un accouchement, on ne peut préjuger de son évolution ni de son issue. Chaque année, plus d'un demi-million de femmes dans le monde meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et près de quatre millions de nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent leur naissance [1].

La majorité de ces décès a lieu en Afrique subsaharienne et en Asie du sud. La plupart des décès maternels surviennent pendant et après l'accouchement. Selon l'OMS [2], la tragédie des décès maternels est évitable, si seulement la femme enceinte pouvait bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié pendant l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence. Il s'agit, en effet de mesures consistant à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'usage des services qui permettent de traiter les complications susceptibles de se produire pendant la grossesse et l'accouchement et pouvant entraîner la morbidité et la mortalité maternelles.

Malheureusement, pour la majorité des femmes en particulier les démunies, le chemin vers une maternité à moindre risque est marqué par des facteurs sous-jacents qui se traduisent par des retards à l'accès aux soins appropriés. La situation n'est guère reluisante dans les pays en voie de développement et particulièrement au Bénin [2]. Le plus souvent, ces décès surviennent chez des femmes issues de couches sociales défavorisées [3,4].

Conscient de cette situation, le gouvernement du Bénin a mis en place diverses stratégies pour agir sur la mortalité maternelle et néonatale dont la gratuité de la césarienne qui a pris effet depuis le 01 avril 2009.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de la gratuité de la césarienne sur le taux de mortalité maternelle.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons effectué notre étude à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Uni-

versitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin.

Il s'est agi d'une étude descriptive analytique et rétrospective à deux volets :

- un volet rétrospectif couvrant la période avant la gratuité de la césarienne, du 01 avril 2006 au 31 Mars 2009 (P1) et
- un volet prospectif couvrant la période après la gratuité de la césarienne, du 01 avril 2010 au 31 mars 2013 (P2); la période allant du 1^{er} Avril 2009 au 31 Mars 2010 était considérée comme la période de mise en place des procédures de la gratuité de la césarienne et ne fait pas partie de notre étude.

Notre étude incluait toutes les femmes décédées après une indication de césarienne ou après sa réalisation. L'échantillonnage était exhaustif prenant en compte tous les cas de décès maternels en rapport avec une indication de césarienne. Notre échantillon, de 90 cas, regroupait 25 décès de femmes césariennes sur les 2736 femmes césarisées dans la P1 mais seuls 24 dossiers exploitables étaient retenus et 66 décès de femmes césarisées sur les 5225 femmes césarisées dans la P2.

Les variables étudiées étaient relatives :

- aux données cliniques (mode d'admission ; état physique à l'entrée ; indications de la césarienne),
- au parcours de la parturiente référée (distance parcourue, délai entre la décision d'évacuation de la référée et l'arrivée à la CUGO),
- à la prise en charge (délai de prise en charge, heure de l'opération),
- au pronostic maternel (les causes de décès maternel en rapport avec la césarienne).

Une fiche de collecte des données était utilisée. Nous avons procédé à un recensement de tous les cas de décès maternels, à l'identification des dossiers aux archives puis au remplissage des fiches pour les dossiers retenus. Le codage du questionnaire, la confection du masque de saisie, la saisie et le nettoyage de la base de données ont été réalisés à l'aide de EPI DATA et l'analyse des données était faite à l'aide du logiciel STATA/IC 11.0.

Les données ont été analysées en utilisant les tests du chi 2 et de Fisher selon le cas en fonction de l'effectif de l'échantillon obtenu. Le seuil de signification par convention a été défini par $p < 0,05$.

RESULTATS

Sur l'ensemble des décès maternels à la CUGO, dans la P1, 28,1% (25/89) des décès étaient enregistrés après césarienne et dans la P2, 28,7% (66/230). Au total, 28,2% des décès maternels étaient enregistrés après la césarienne sur l'ensemble de décès maternels (91/319). Dans la P1, 36,5% des accouchements étaient par césarienne et dans la P2, 48,1%.

Dans P1 et P2, l'âge moyen était de 29 ans \pm 6 ans avec des extrêmes de 15 ans et 41 ans mais la tranche d'âge de 25-30 ans dominait dans une proportion de 65,2% dans P1 et dans une proportion de 56,2% dans P2.

L'indication de la césarienne liée à la mère était retrouvée dans 62,5% dans P1 et dans 83,3% dans P2 (tableau I et tableau II).

Tableau I : Répartition des patientes selon les indications liées à la mère

	Effectif		Total (%)
	P1	P2	
Eclampsie	10	30	40(57,1)
Drépanocytose	3	3	6(8,6)
Condylomes vulvo-vaginaux	4	20	24(34,3)
Total	17	53	70(100)

Tableau II : Répartition des patientes selon les indications liées au fœtus et aux annexes

Indications liées au fœtus et aux annexes	Effectif		Total (%)
	P1	P2	
Souffrance fœtale aiguë	3	6	9 (45)
Macrosomie fœtale	1	4	5 (25)
Placenta prævia	1	3	4 (20)
Procidence du cordon	1	0	1 (5)
Présentation de l'épaule	1	0	1 (5)
Total	7	13	20(100)

Quant aux causes de décès maternels, l'hémorragie représentait 45,8% et 43,9% respectivement dans P1 et P2 soit 44,4% des causes de décès sur l'ensemble de la population d'étude. Les causes n'avaient pas été précisées dans 22,2% (tableau III).

Tableau III : Répartition des patientes selon les causes de décès

	Effectif (%)		Total
	P1	P2	
Hémorragie	11(45,8)	29(43,9)	40(44,4)
Eclampsie	3(12,5)	6(9,1)	9(10)
Septicémie	2(8,3)	7(10,6)	9(10)
I.C*	3(12,5)	5(7,6)	8(8,9)
E.P**	2(8,3)	3(4,5)	5(5,5)
Non précisées	4(16,7)	16(24,2)	20(22,2)
Total	24	66(100)	90(100)

*insuffisance cardiaque ** Embolie pulmonaire

Le taux de létalité maternelle était de 0,91% (25/2736) dans la période P1 et de 1,26% (66/5225) dans la période P2 ($p=0.013$).

La ratio de mortalité maternelle était de $25 \times 100.000/2654 = 941,97$ pour 100.000 naissances vivantes dans la période P1 et de $66 \times 100000/5060 = 1304,43$ décès pour 100.000 naissances dans P2. Le 1^{er} retard n'était pas évalué dans cette étude. Quant au deuxième retard, dans P1, 56,2% des patientes référées à la CUGO provenaient d'une formation sanitaire située dans un rayon de 15 Km dans une proportion de 56,2% dans P1 et 77,1% dans P2. Le délai entre la prise de décision d'évacuation et l'arrivée au centre de référence était supérieur à 180 minutes dans P1 (43,8%) et inférieur à 60 minutes dans P2 (70,2%). Quant au troisième retard, le délai entre la prise de décision de césarienne et l'intervention chez la patiente non référée [$n=26$; P1=10, P2=16] était situé entre 60 et 120 minutes dans 70% des cas dans P1 et moins de 30 minutes dans 68,7% des cas dans P2. Chez la patiente référée le délai de prise en charge était entre 30 et 60 minutes dans 62,5% des cas dans P1 ($n=15$) et avant 30 minutes dans 66,7% des cas dans P2 ($n=50$). A l'analyse comparative des deux périodes, le taux de césarienne est passé de 36,5 (P1) à 48,1 (P2). Il y a une différence statistiquement significative dans le mode d'admission entre les deux périodes ($p=0,01$).

La gratuité de la césarienne aurait augmenté la proportion de référées à la CUGO. On ne note pas de différence statistique, ni dans le délai de prise en charge des parturientes non référées ($p=0,41$) ni dans le délai de prise en charge des parturientes référées ($p=0,92$) entre les deux périodes.

COMMENTAIRE

Dans notre étude, il a été observé une augmentation du taux de césarienne. Ainsi le taux de césarienne au cours de la P1 est de 36,5% et celui de la P2 est de 48,1% soit un accroissement de 11,6%. Cette augmentation pourrait s'expliquer par le fait que la gratuité de la césarienne assure une disponibilité permanente des kits de césarienne permettant à toute parturiente dont le cas en nécessite d'en bénéficier. La gratuité de la césarienne a donc amélioré l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence (SOU). Ce constat était fait au Sénégal où le taux de césarienne a connu un accroissement de 1,4%, passant de 4,2% à 5,6% [5]. Au Ghana, après la mise en œuvre de l'exemption des frais de soins, Central Région et Volta Région ont connu une augmentation respectivement de 11,9% et 5% de la fréquence d'accouchement [6]. RIDDE V. et DIARRA A. [7] ont rapporté le même constat en Afrique du sud, en Zambie, au Burundi et à Madagascar après la suppression du paiement des services de santé. On en déduit donc que les politiques d'exemption augmentent l'utilisation des services de santé par les populations.

Dans notre étude, les patientes référées sont représentées à 70,8% dans la période P1 et 71,2% dans la période P2. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la CUGO est une clinique de référence où non seulement les patientes peuvent bénéficier de la gratuité de la césarienne mais aussi d'une prise en charge multidisciplinaire en cas de besoin. Dans notre étude, les indications de la césarienne sont dominées par celles liées à la mère. LAFIA M [8] a trouvé à l'HOMEL 42,6% d'indication liée à la mère, 33,9% au fœtus et 22% à la grossesse. Les indications liées à la mère sont dominées par l'éclampsie ; celles liées au fœtus par la souffrance fœtale aigüe et celles liées à l'utérus par la rupture utérine. Ces indications pourraient expliquer le taux de morbidité dans notre population d'étude. La morbidité maternelle est représentée par l'hémorragie à 44,4% qui est la cause de décès à une proportion de 45,8% dans la période P1 et 43,9% dans la période P2. Elle est suivie de l'éclampsie et de la septicémie comme cause de décès. Le même constat a été fait par GBOSSEKOU. M [9] à la CUGO (hémorragie 44,4% ; HTA et éclampsie 30,5% et l'infection 15,27%). Dans notre étude; le taux de mortalité maternelle n'a pas été amélioré. Nos résultats se rapprochent de ceux de TAK-

PARA.I et al [10] qui ont trouvé 0,82% à la CUGO. Ces taux sont supérieurs à celui retrouvé par LAFIA [8] à l'HOMEL qui est de 0,3% à l'issue d'un an d'application de la gratuité de la césarienne. Ceci pourrait s'expliquer par le taux élevé de parturientes référées qui pour la plupart sont admises dans un mauvais état général. Le retard à la décision de référence pourrait être le facteur de risque de l'accroissement de décès maternel.

La ratio de mortalité maternelle est élevée dans les deux périodes. Ces ratios élevées de mortalité maternelle s'expliquent par le phénomène de la concentration des pathologies à la CUGO. Ces taux se rapprochent de ceux retrouvés par TOHOUENOU.A [11] à la CUGO et BOGOL [3] à l'HOMEL qui ont respectivement retrouvé une ratio de mortalité maternelle à 1447,31 et 1120 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Le premier retard n'a pas été évalué dans notre étude du fait du type de l'étude. Le deuxième retard demeure un problème dans les cas de décès maternel car malgré un périmètre de 15 kilomètres seulement 28,1% d'entre elles étaient admises dans les deux heures qui suivent la prise de la décision de la référence. En ce qui concerne le troisième retard, dans notre étude nous n'avons pas noté une différence en ce qui concerne le délai de prise en charge des patientes ($p=0,41$) chez les parturientes non référées et chez les parturientes référées ($p=0,92$) entre les deux périodes. La gratuité de la césarienne n'aurait donc pas résolu le problème de 3^{ème} retard à la CUGO. LAFIA [8] a fait le même constat à l'HOMEL. Néanmoins le délai d'acquisition des produits pour la réalisation de la césarienne est réduit.

CONCLUSION

La gratuité de la césarienne trois (03) ans après son application à la CUGO n'a pas encore permis d'avoir l'effet escompté sur la réduction de la mortalité maternelle. Elle a permis un accès rapide aux soins en agissant sur le troisième retard aux soins. Mais le pronostic néonatal a connu d'amélioration avec le taux de mortalité néonatale précoce qui passe de 46,7 à 35,7 pour 1000 naissances vivantes soit une réduction de 10,95 pour 1000 naissances et le taux de mortalité périnatale qui passe de 91,8 à 88,4 pour 1000 naissances vivantes soit une réduction de 3,43 pour 1000 naissances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **UNICEF.** La situation des enfants dans le monde en 2009, New-York : UNICEF, Décembre 2008, p2-8
2. **OMS.** Les urgences obstétricales au Bénin : la césarienne en question, AYIE 2006 ;(31) :24
3. **BOGOL J.** Mortalité maternelle et soins obstétricaux d'urgence : analyse de la situation et approches de solution à propos de 33 cas colligés à la maternité lagune du 1^{er} janvier au 30 juin 1999. Thèse médecine FSS COTONOU 1999 ; n 818 : 93p.
4. **NKOUKOU E.** Audits des cas de mortalité maternelle à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune. Thèse Médecine FSS COTONOU 2003 ; N° 1061 ; 115p.
5. **RICHARD F, WITTER S, DE BROUWERE V. ED** Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. Studies in Health Service Organization & policy 2008; 25.
6. **PENFOLD S, HARRISON E, BELL J, FITZ MAURICE A.** Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. Ghana medical journal 2007; 41(3): 100-9.
7. **RIDDE V, DIARRA A.** A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (west Africa). BMC Health Services Research 2009,89 DOI:10.1186/1472-6963-9-89.
8. **LAFIAM** Un an de césarienne gratuite à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune (HOMEL) : Aspects cliniques et de gestion des soins. Thèse Médecine FSS Cotonou, 2010 N°1538 :127p.
9. **GBOSSEKOU M.** Mortalité maternelle et soins obstétricaux d'urgence : Analyse situationnelle à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique/CNHU-HKM du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Août 2009 ; Mémoire DES –GYNECOLOGIE/FSS-Cotonou 59p.
10. **TAKPARA I, ALIHONOU E, PERRIN R, KOAGAL A.** Complication des césariennes à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU-Cotonou, 1991, 3p.
11. **TOHOUENOU A.** Les références obstétricales à la CUGO : Qualité de référence et pronostic materno-fœtal Thèse Médecine FSS Cotonou, 2012 N° 1641 109p.