

MORTALITE MATERNELLE (1)

Prof. Robert Leke

**Postgraduate Research Training in Reproductive Health 2004
Faculty of Medicine, University of Yaounde**

DÉFINITION:

Mort d'une femme pendant la grossesse, l'accouchement ou en période de post partum jusqu'à 42 jours après l'accouchement.

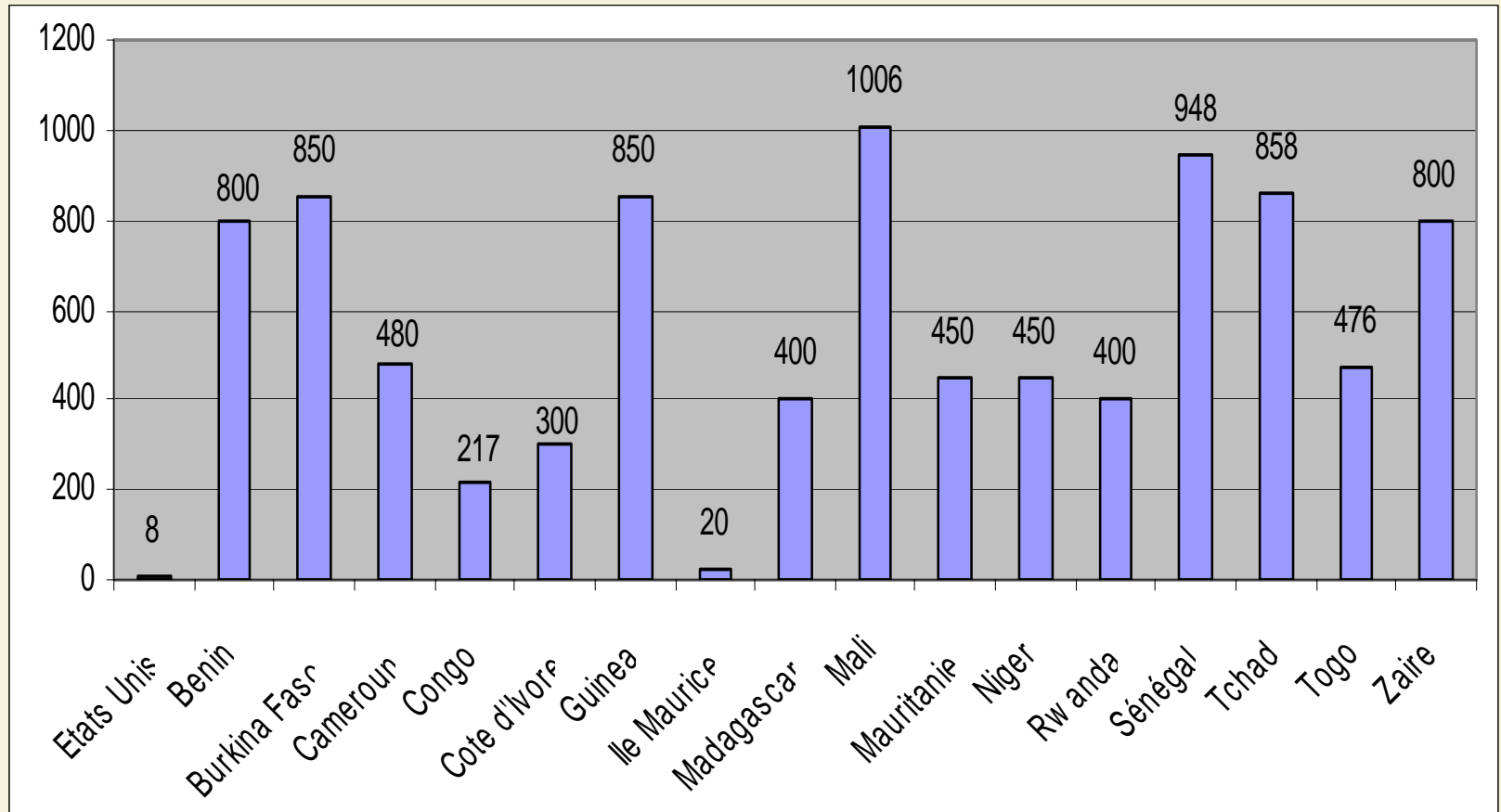
IMPORTANCE:

Taux très élevé dans la sous région 600-800/100.000 accouchements.

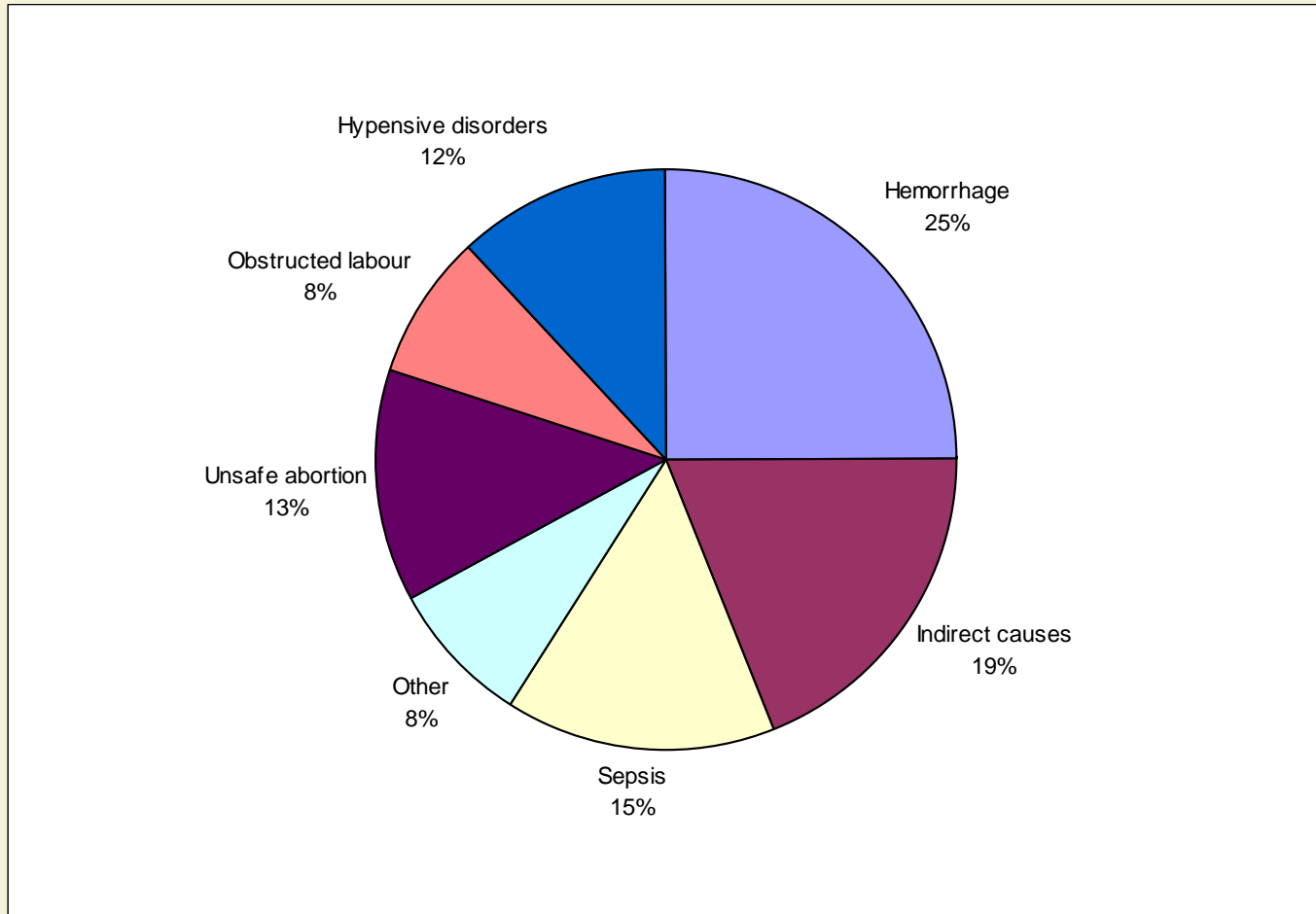
RISK OF DEATH FROM MATERNAL MORTALITY (2)

* Africa	1 in 16
* Asia	1 in 65
* Latin America/Caribbean	1 in 130
* Europe	1 in 1,400
* North America	1 in 3,700

TAUX DE MORTALITE MATERNELLE pour 100000 naissances vivantes (3)



MEDICAL CAUSES OF OBSTETRICAL DEATHS IN DEVELOPING COUNTRIES (4)



FREQUENCE DES FACTEURS DE RISQUE EN GROSSESSE AU CAMEROUN (5)

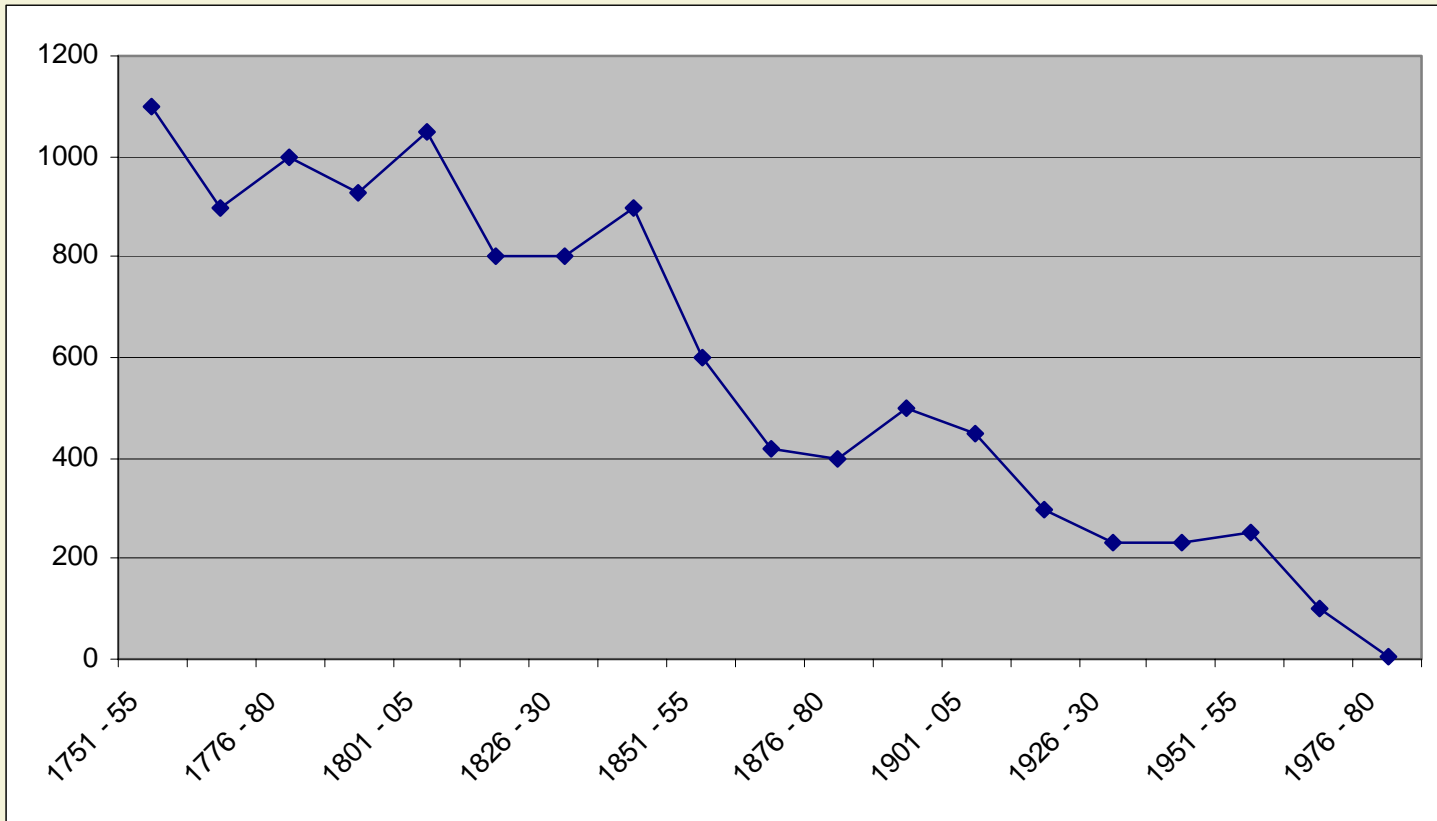
1) Grand multiparité	40,71%
2) Grossesse chez adolescentes	22,86%
3) Hist. Obstétricale antérieure compliquée	13,57%
4) Enfants à petits poids de naissance	7,86%
5) C/S antérieure	6,43%
6) Pre-éclampsie	3,57%
7) H.T.A. en grossesse	2,40%
8) Anémie	2,86%
9) Courte stature <1.5m	2,14%
10) Gémellité (grossesse multiple)	1,48%
11) Saignement antépartum	0.71%

EVOLUTION DE LA M.M DANS QUELQUES PAYS DU NORD (5)

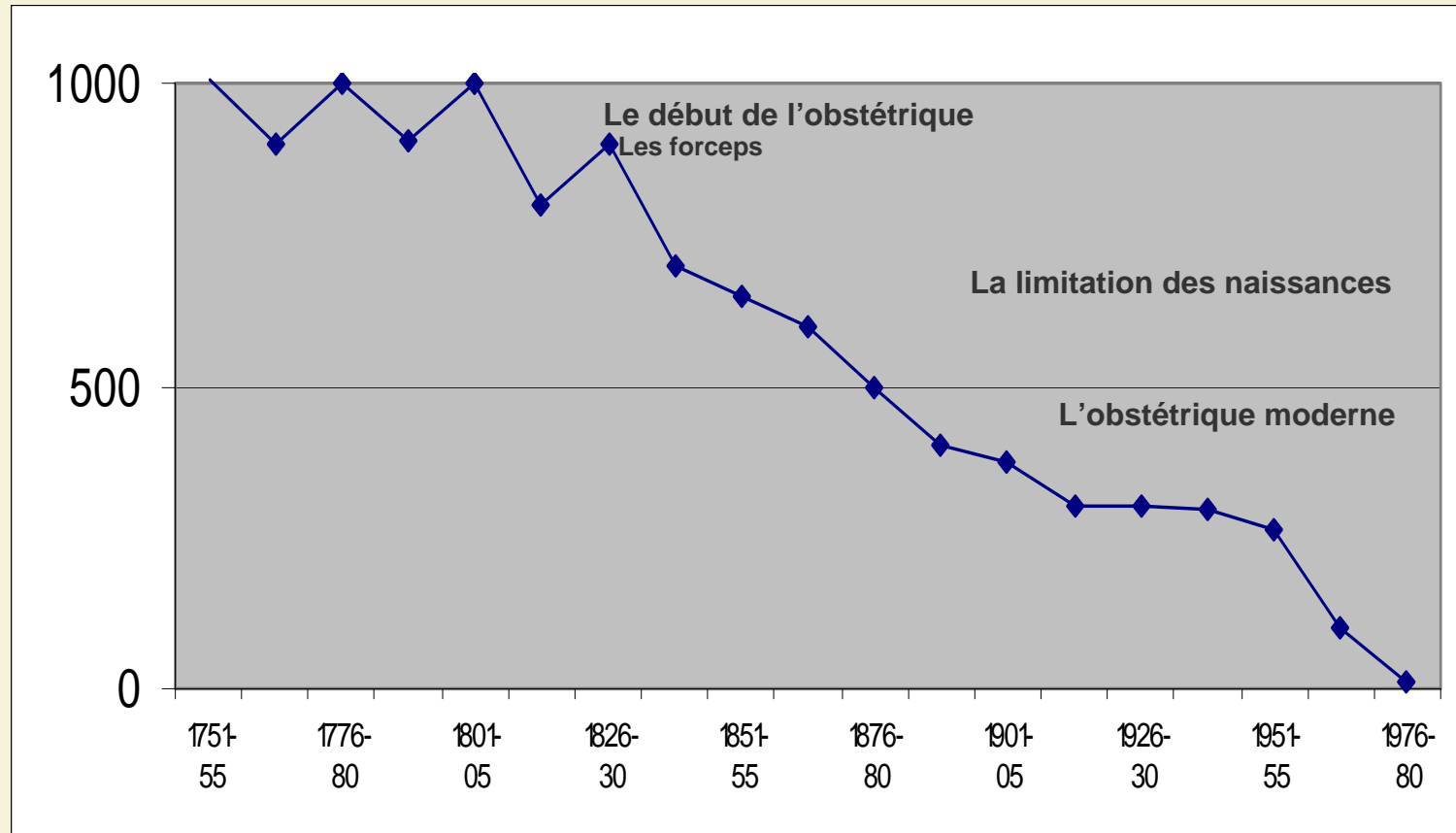
Exemple:

- a. Suède
- b. France
- c. États-unis
- d. Angleterre et pays de galles

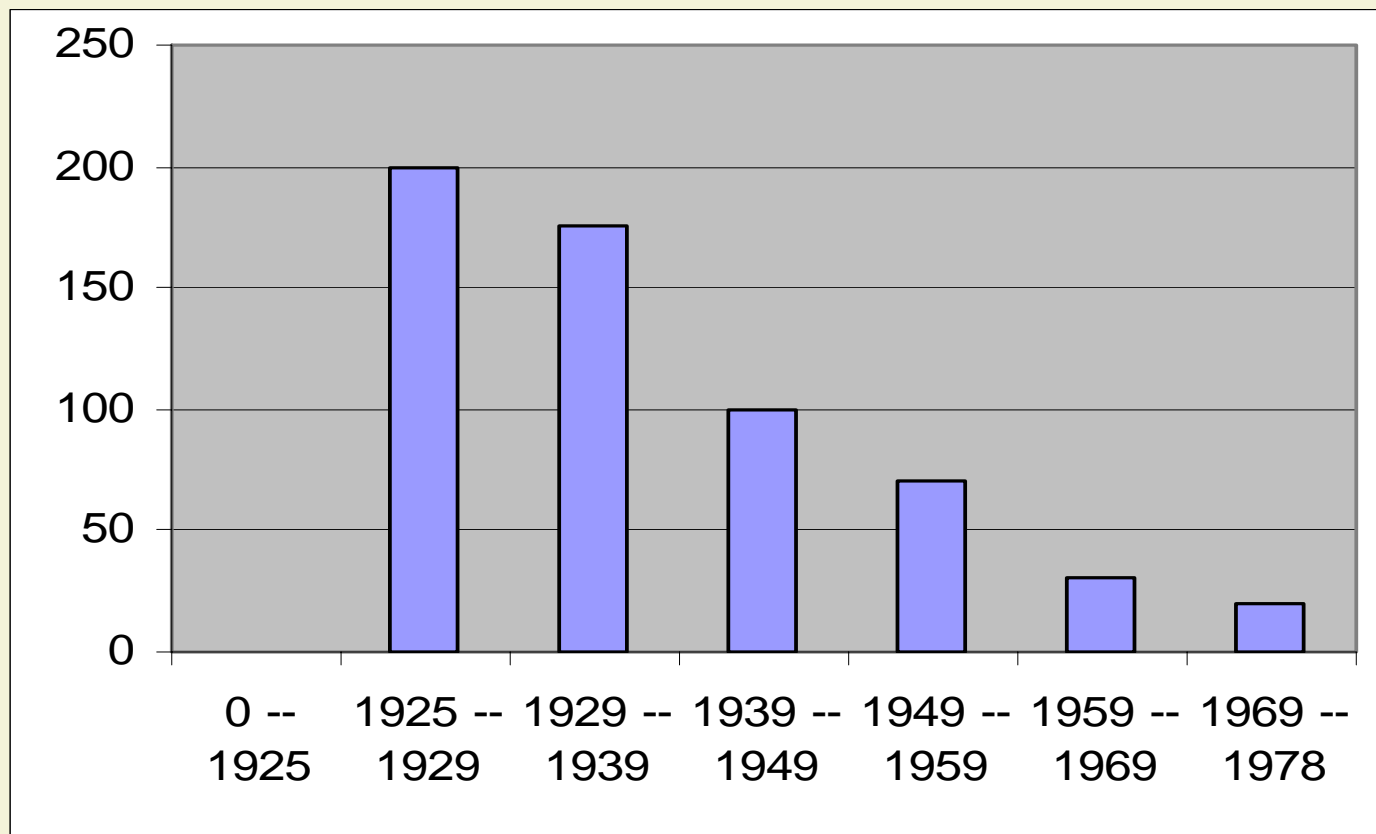
EVOLUTION HISTORIQUE DE LA MORTALITE MATERNELLE EN SUEDE (1751-1980) (5a)



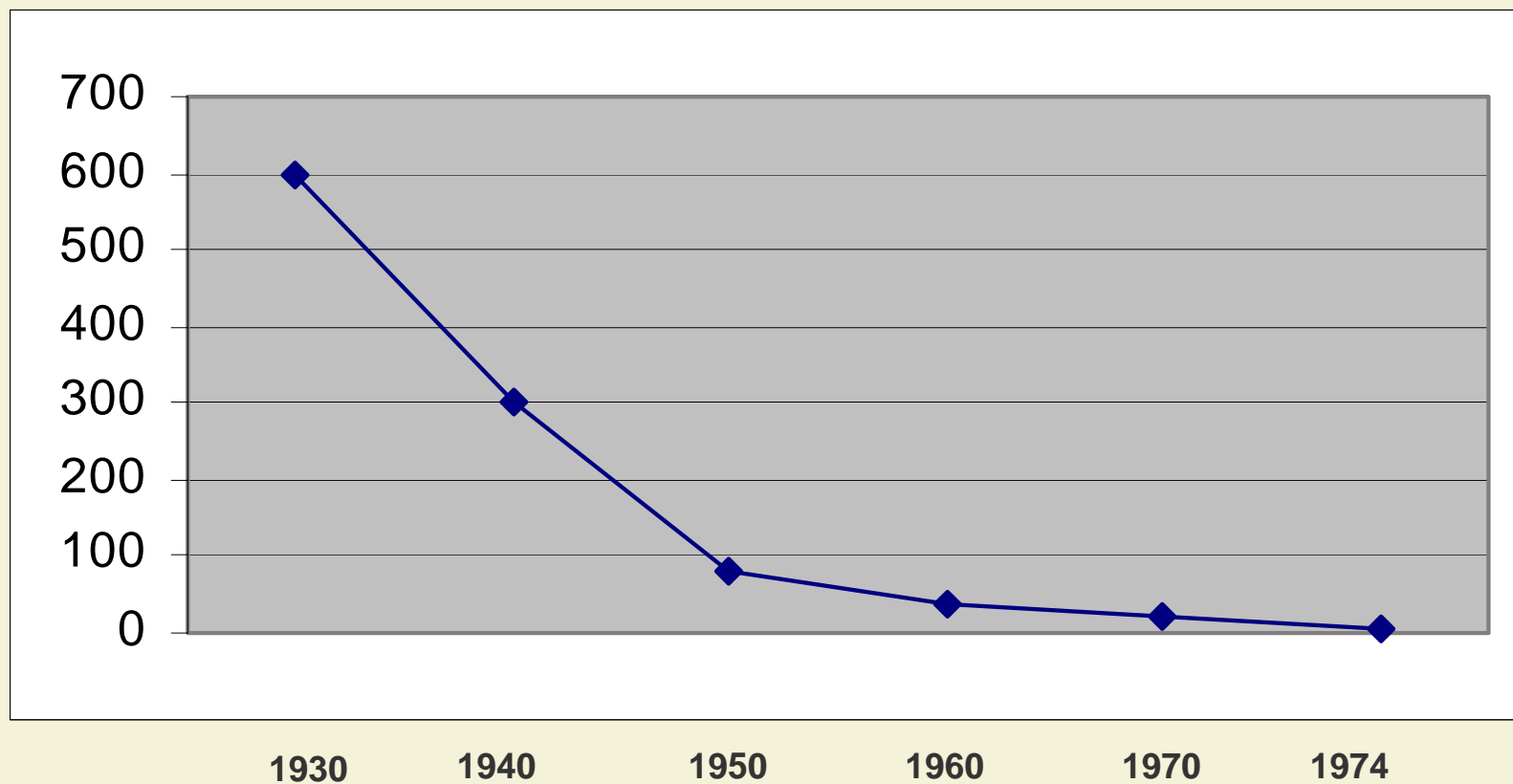
MORTALITE MATERNELLE EN SUEDE (1751-1980) (5b)



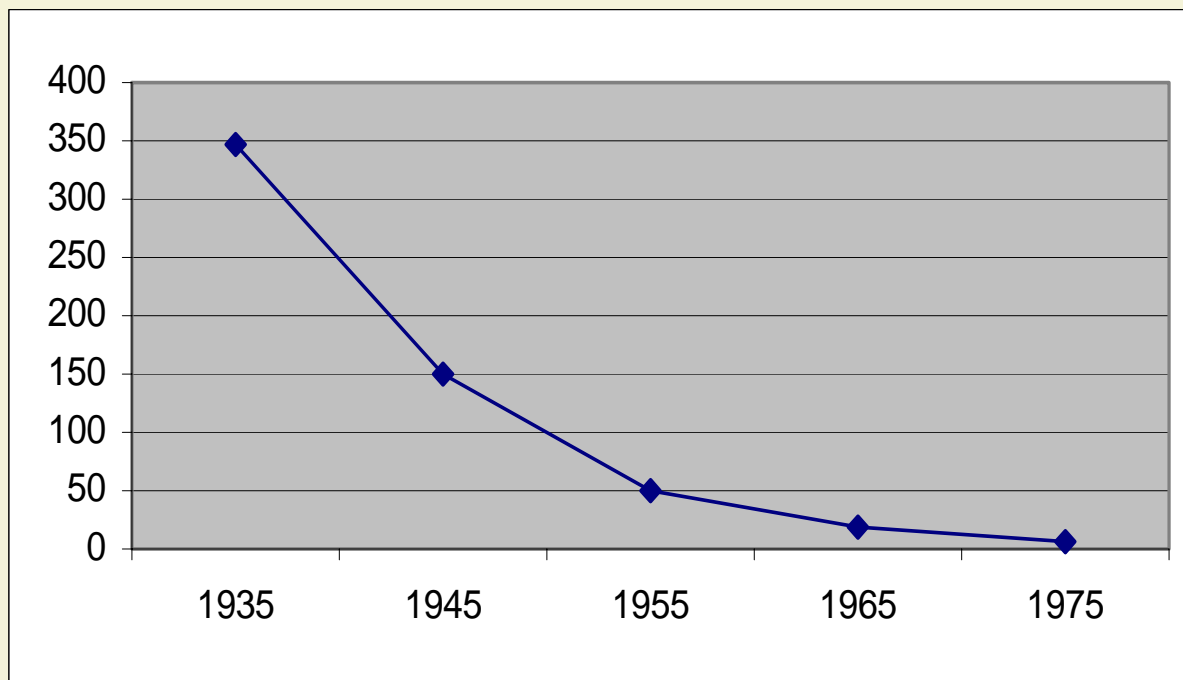
MORTALITE MATERNELLE EN FRANCE (1929-1978) (5c)



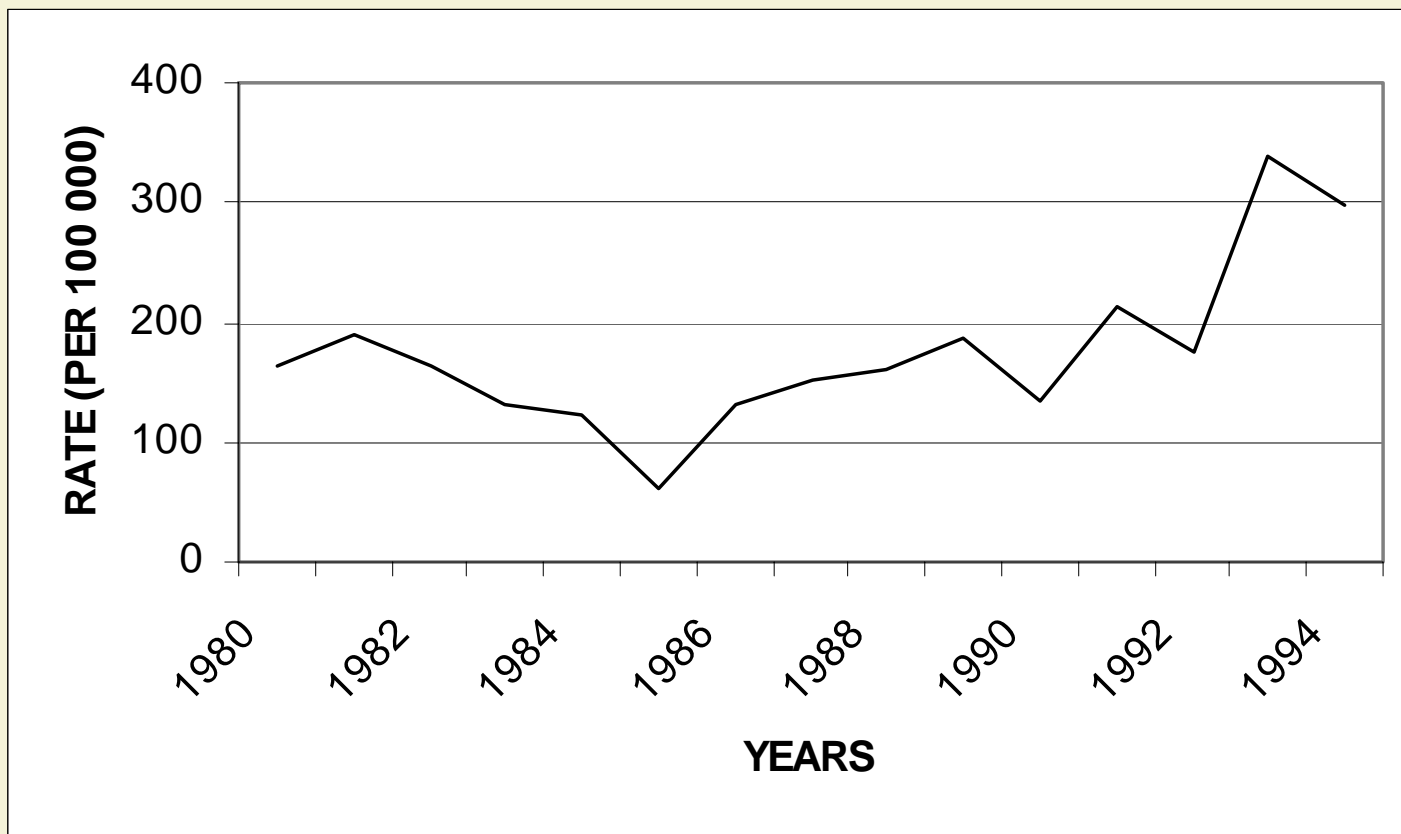
MORTALITE MATERNELLE AUX ETATS-UNIS (1930-1974) (5d)



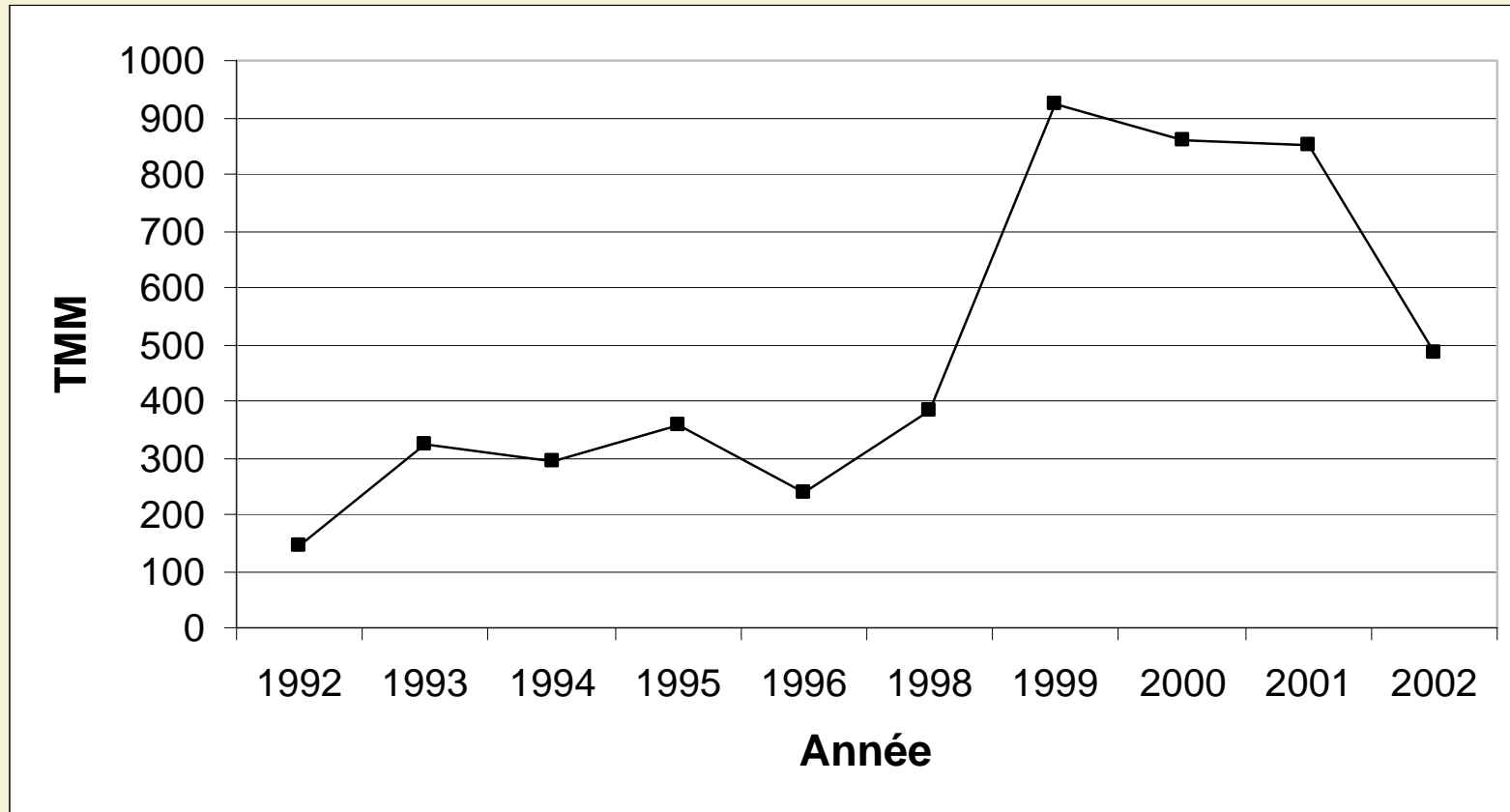
MORTALITE MATERNELLE EN ANGLETERRE ET PAYS DE GALLE (5e)



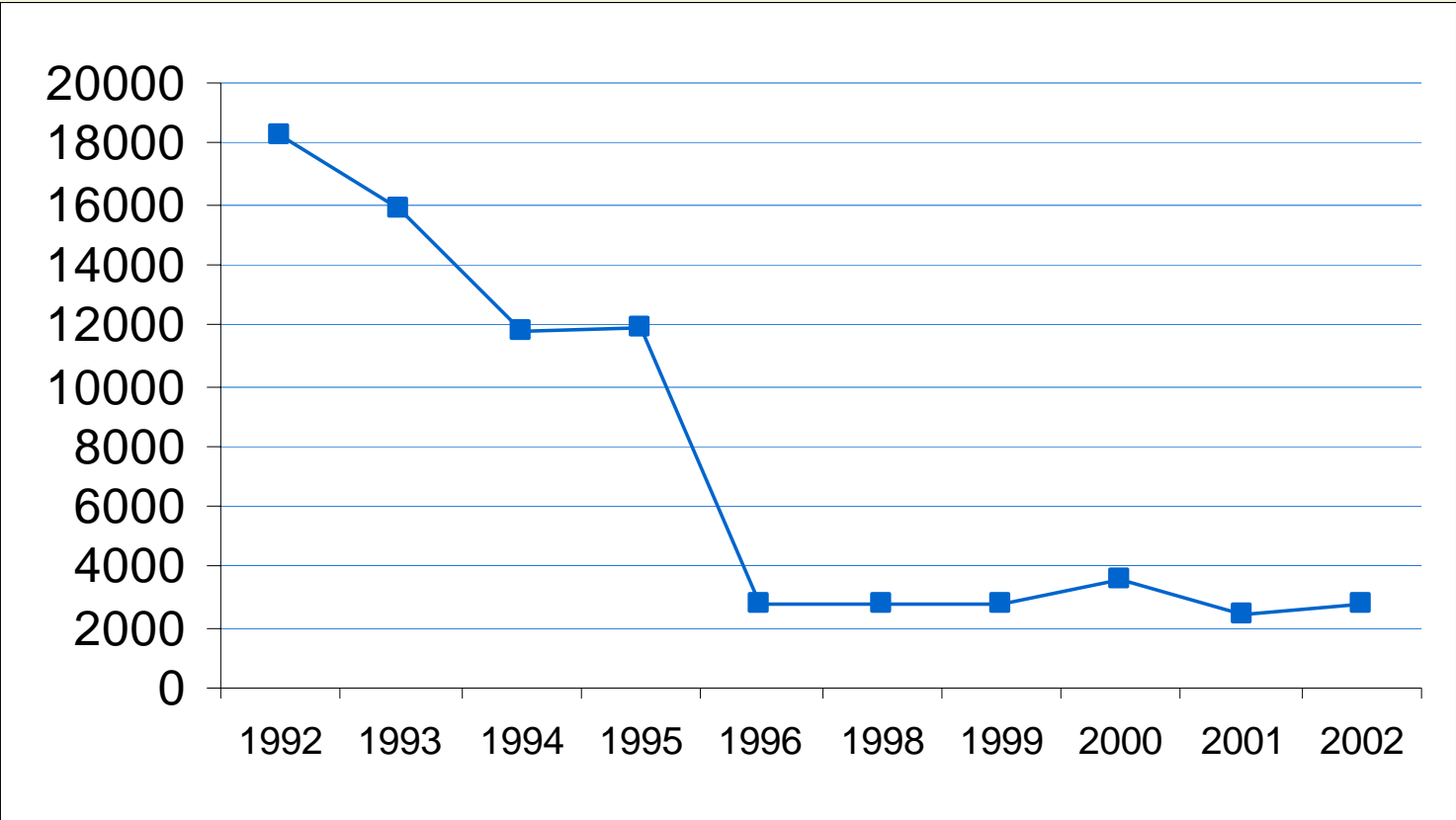
MATERNAL MORTALITY RATE, YAOUNDE, 1980-1994 (6)



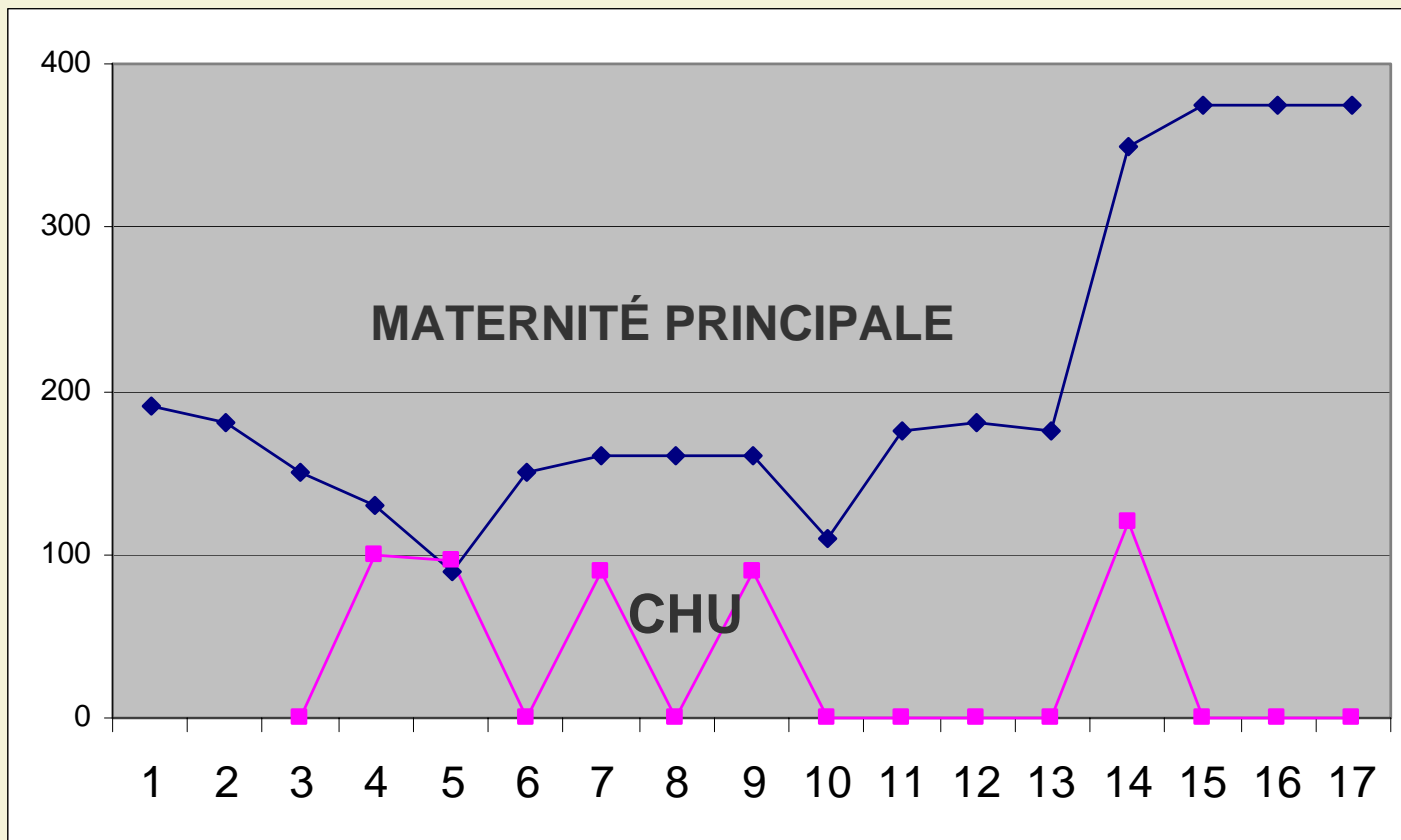
EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE MATERNELLE ENTRE 1992 ET SEPTEMBRE 2002 MATERNITE PRINCIPALE, HCY (7)



EVOLUTION DU NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS A L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE DE 1992 A 2002 (8)



TAUX DE MORTALITE MATERNELLE. MATERNITE PRINCIPALE 1978-1995 ET CHU 1982-1995 YAOUNDE – CAMEROUN (9)



TAUX / 100000 N.V

INTERVENTIONS QUI PREVIENNENT OU REDUISENT LA MORTALITE ET LA MORBIDITE MATERNELLE ET PERINATALE (10)

Trois ordres d'interventions

- A) Interventions visant à prévenir la grossesse elle même ex: planification familiale
- B) Interventions visant à réduire les complications de la grossesse et d'accouchement: ex: surveillance prénatale et avortements aseptiques
- C) Interventions visant à traiter les complications ex: Meilleur approvisionnement du service obstétrical, (en salles de travail, d'accouchements, de post partum et hospitalisation) mais aussi en personnels qualifiés et bonne prise en charge des complications post abortum

ROLE DES AVORTEMENT PROVOQUES (SEPTIQUES) (11)

46 millions de grossesses se terminent par un avortement chaque année dans le monde dont 19 millions d'avortements provoqués (septiques)

Résultats de ces avortements provoqués

- * 200 décès maternels par jour
- * 13% de toute la mortalité maternelle mais 30 à 40% dans les pays en développement
- * Complications immédiates et à long terme
- * Coût élevé du traitement des complications
- * Effet néfastes sur la famille, les enfants et la communauté
- * 99% de ces décès et complications surviennent dans les pays en développement

REPARTITION DES FEMMES DECEDEES SELON LA PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (12)

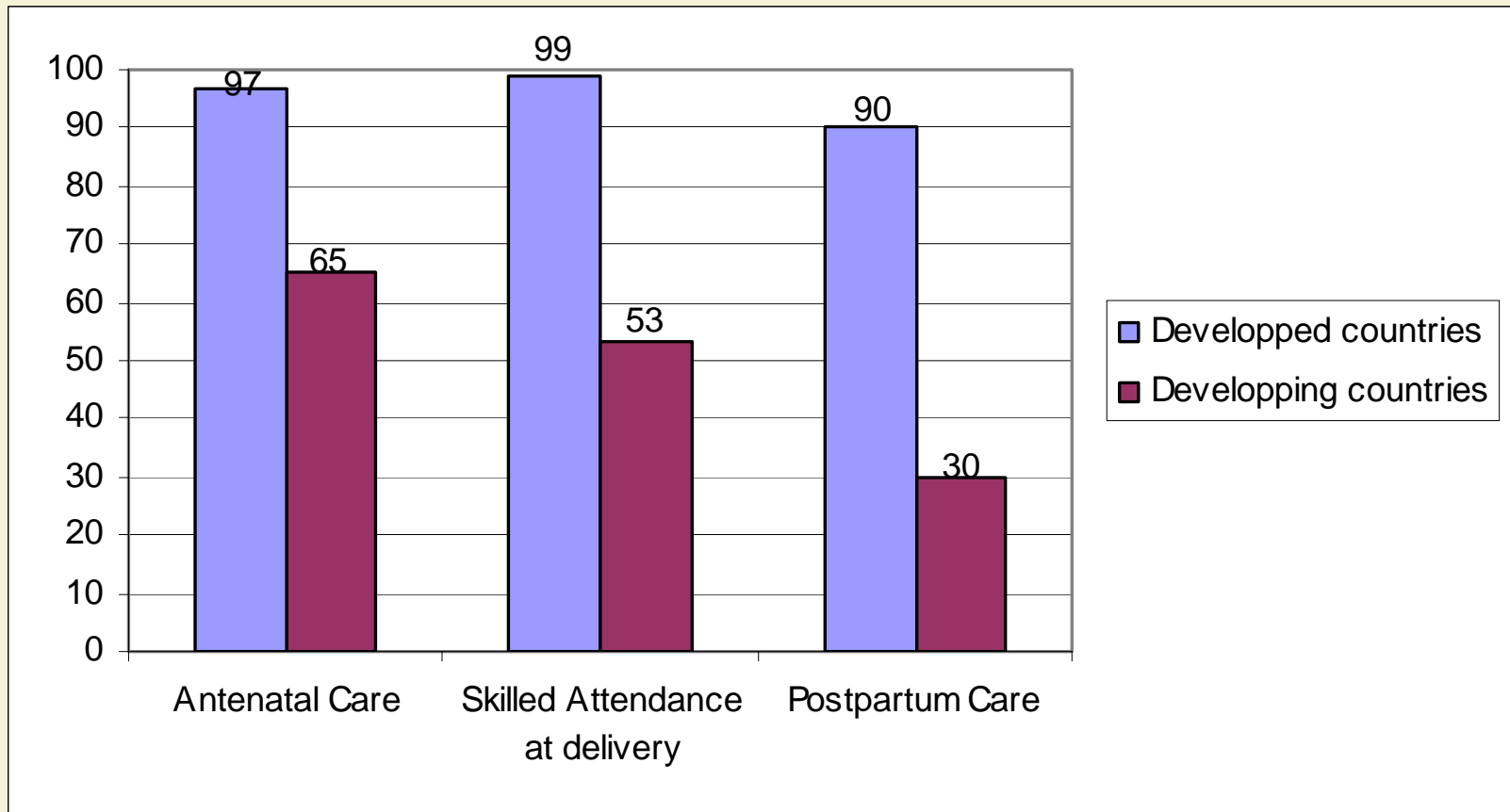
Période de décès	Effectif	Pourcentage
Avant de début du travail	37	36,6%
Au cours du travail	2	2,0%
Pendant l'accouchement	3	3,0%
Après l'accouchement	47	46,5%
Au bloc opératoire	11	10,9%
Non précisé	1	1,0%
TOTAL	101	100,0%

La majorité des décès enregistrés, soit 46,5% sont survenus après l'accouchement. Très peu de décès sont enregistrés au cours du travail et pendant l'accouchement

REPARTITION DES PATIENTES DECEDEES SELON L'AGE (en années) (13)

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage	Cumul
15-20	27	26,7%	26,7%
21-25	18	17,8%	44,5%
26-30	22	21,8%	66,3%
31-35	20	19,8%	86,1%
36-40	12	11,9%	98%
41-45	2	2,0%	100%
TOTAL	101	100,0%	-

PREVENTION OF MATERNAL DEATHS DUE TO POST PARTUM HEMORRAGE: Selected countries (14)



ELEMENTS DE LA STRATEGIE VISANT A UNE MATERNITE A MOINDRE RISQUE (15)

- 1) Amélioration du statut de la femme
- 2) Planification familiale pour les femmes en age de procréer et ayant le besoin
- 3) Accouchement par un personnel qualifié
- 4) Service prénatal communautaire pour toutes les femmes enceintes avec dépistage des facteurs de risque en grossesse
- 5) Fonctions obstétricales essentielles pour les grossesses à risque
- 6) Approvisionnement en transport d'urgence pour les urgences obstétricales

(15a)

FACTEURS	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE RELATIVE
1. Transport tardif	10	38,46%
2. Pauvre management	5	19,25%
3. Patiente refuse de donner histoire de la malade	4	15,38%
4. Manque de médicament d'urgence	2	7,69%
5. Difficulté de transfusion sanguine	2	7,69%
6. Problème anesthésique	1	3,84%
7. Morts inexpliquées	2	7,69%
TOTAL		100%

L'infection joue un rôle capitale dans la mortalité maternelle en Afrique.

STRATEGIES DE LUTTE

(17)

BESOINS DE PLUSIEURES STRATEGIES

- Rôle de l'approche à risque
- Système de surveillance prénatale
- Système de référence des malades
- Prévention des infections
- Avortements aseptiques

CONDITIONS DE SUCCES

(18)

Stratégies doivent être:

- Accessibles
 - Disponibles
 - Abordables
 - Acceptables
- à la population à risque

CONCLUSIONS

(19)

La grossesse et l'accouchement constituent encore un grand risque pour la vie de la femme et du NN africain. Les multiples estimations de la MMMN montrent une augmentation des taux dans la région. Les causes sont connues, il est urgent de mettre en œuvre des stratégies régionales de prévention et de prise en charge efficaces et adaptées