

# Revue des décès maternels dans deux régions sanitaires du Togo : dysfonctionnements et recommandations

*Review of maternal deaths in two health regions of Togo: dysfunctions and recommendations*

Douaguibe B<sup>1</sup>, Ajavon DR<sup>2</sup>, Koffi W<sup>1</sup>, Tongou P<sup>1</sup>, Kambote Y<sup>2</sup>, Aboubakari S<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service de gynécologie obstétrique du CHU Sylvanus Olympio

<sup>2</sup>Service de gynécologie obstétrique du CHU Kara

**Correspondances** : Dr Douaguibe B, Email : [douaguibe@hotmail.com](mailto:douaguibe@hotmail.com)

Reçu le 15 juin 2023 - Accepté le 17 juillet 2023 - Publié le 30 juillet 2023

## RESUME

**Introduction** : La mortalité maternelle est un problème de santé publique.

L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence des revues de décès maternel, les dysfonctionnements notés et les recommandations issues des décès maternels revus.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive, multicentrique, du 1er janvier 2018 au 30 Juin 2022, portant sur la revue des décès maternels dans trois hôpitaux de référence de deux régions sanitaires du Togo (grand Lomé et maritime). Tout décès maternel survenu dans l'un de ces hôpitaux pendant la période d'étude était inclus dans cette enquête. Les données recueillies à l'aide d'une fiche de collecte ont été analysées grâce au logiciel Epi Info version 7.

**Résultats** : Durant la période d'étude, le ratio de mortalité maternelle dans les trois hôpitaux était de 722,3 pour 100 000 naissances vivantes. Seuls 12,2% des décès maternels étaient revus dans les hôpitaux. Les patientes étaient jeunes avec un âge moyen de 29,9 ans.

235 dysfonctionnements ont été constatés, et 234 recommandations ont été formulées pour résoudre les dysfonctionnements identifiés. La référence tardive était le dysfonctionnement le plus représenté soit. 14,1%. Seulement 71 recommandations étaient exécutées, soit 30,3%.

**Conclusion** : le ratio de mortalité maternelle reste encore élevé dans notre pays avec une faible fréquence des revues de décès maternels. L'exécution des recommandations reste faible. Des mesures préventives et fortes méritent d'être prises à tous les niveaux en vue de l'exécution de ces recommandations pour la réduction de la mortalité maternelle.

**Mots-clés** : Décès maternel, revue, dysfonctionnement, recommandation exécutée.

## SUMMARY

**Introduction**: Maternal mortality is a public health problem.

The objective of our study was to determine the frequency of maternal death reviews, the dysfunctions noted and the recommendations resulting from the maternal deaths reviewed.

**Methodology**: This was a cross-sectional descriptive, multicenter study, from January 1, 2018 to June 30, 2022, relating to the review of maternal deaths in three reference hospitals in two health regions of Togo (Grand Lomé and Maritime). Any maternal death that occurred in one of these hospitals during the study period was included in this survey. The data collected using a collection sheet was analyzed using Epi Info version 7 software.

**Results**: During the study period, the maternal mortality ratio in the three hospitals was 722.3 per 100,000 live births. Only 12.2% of maternal deaths were reviewed in hospitals. The patients were young with an average age of 29.9 years.

235 malfunctions were noted, and 234 Recommendations were made to resolve the identified dysfunctions. Late referral was the most represented dysfunction. 14.1% Only 71 recommendations were implemented, or 30.3%.

**Conclusion**: the maternal mortality ratio still remains high in our country with a low frequency of maternal death reviews. Implementation of recommendations remains weak. Strong preventive measures deserve to be taken at all levels in order to implement these recommendations for the reduction of maternal mortality.

**Keywords**: Maternal death, review, dysfunction, recommendation executed.

## INTRODUCTION

Le taux de mortalité maternelle (TMM) reste élevé au regard des cibles des Objectifs pour le Développement Durable (ODD). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le TMM mondial en 2020 était de 223 pour 100 000 naissances vivantes [1]. Environ 70 % des décès maternels sont survenus en Afrique subsaharienne. Au Togo, selon les estimations du système des Nations Unies en 2017, le ratio de mortalité maternelle était de 396/100 000 naissances vivantes [2]. Les principales causes de décès maternel sont connues et plus de 80% de ces décès pourraient être prévenus ou évités par des actions qui ont déjà prouvé leur efficacité et qui sont abordables même dans les pays les plus pauvres du monde [3]. A cet effet, l'OMS recommande la revue des décès maternels dans toutes les maternités pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales [4]. L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence des revues de décès maternel, les dysfonctionnements notés et la mise en œuvre des recommandations issues des décès maternels revus

## METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale allant du 1er janvier 2018 au 30 Juin 2022, portant sur la revue des décès maternels. Elle était réalisée aux centres hospitaliers universitaires Sylvanus Olympio, au centre hospitalier régional Tsévié et l'hôpital secondaire de Bé. Etait inclus tout décès maternel revus dans ces structures sanitaires. Les cas de décès maternel non revus et les décès non liés à la grossesse n'étaient pas inclus dans l'étude.

Les variables d'étude étaient : le nombre des décès maternels, l'âge, le nombre de décès revus, dysfonctionnements et les recommandations

. Les données étaient recueillies à l'aide d'une fiche de collecte, à partir des dossiers médicaux, des registres d'admission et d'accouchement, des fiches de notification des décès maternels et des dossiers de rapports des revus de décès maternels. Les données étaient saisies sur le logiciel Excel 2016 et analysées grâce au logiciel Epi Info version 7.

## RESULTATS

**1. Fréquence des revues de décès maternels :** Durant la période d'étude, nous avons enregistré dans les trois maternités 564 décès maternels sur 78081 naissances vivantes, soit un ratio de mortalité maternelle de 722,3 pour 100 000 naissances vivantes.

Parmi les 564 décès enregistrés, seuls 69 étaient revus, soit une fréquence de 12,2%.

**2. Caractéristiques des patientes décédées :** L'âge moyen des femmes décédées était de 29,9 ans avec

des extrêmes 16 ans et 45 ans. La tranche d'âge de [20 – 30 ans [était la plus représentée dans 56,5% (n=39)

### 2. 1 Période de survenue des décès maternels

Le tableau 1 résume la répartition des décès selon la période de survenue

**Tableau 1 :** Période de survenue des décès

	Effectif	%
Antépartum	11	15,9
Perpartum	9	13,1
Postpartum immédiat	43	62,3
Post abortum	6	8,7
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

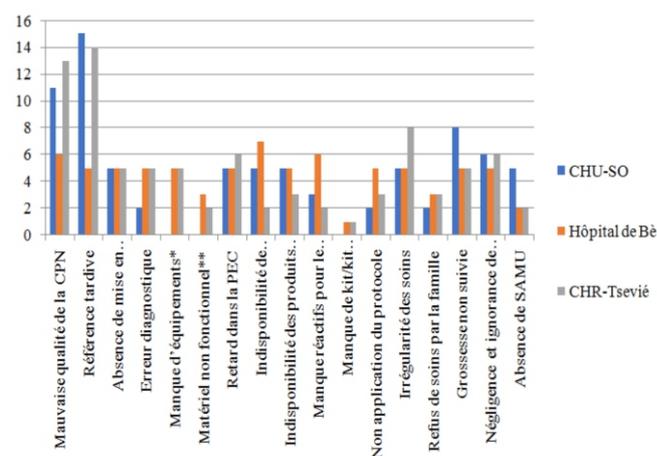
**1. 1 Mode d'admission :** Elles étaient évacuées ou référées des centres médico-sociaux publiques dans 57,8% (n=37) et des maisons d'accouchement non accréditées dans 32,8% (n=21)

### 3. Dysfonctionnements à l'origine des décès maternels

Le décès était évitable chez 65 patientes soit dans 94,2% des cas. Plusieurs éléments de soins et des facteurs ont été incriminés dans les dysfonctionnements

**3.1 Éléments de soins :** Au total pour les cas revus (N=69) dans les centres, 242 dysfonctionnements ont été constatés dont les principaux étaient : une référence tardive (34 soit 14,1%), une mauvaise qualité de la CPN (30 soit 12,4%), une irrégularité des soins (18 soit 7,4%), une indisponibilité du sang (13 soit 5,4%).

La **Figure 1** décrit les dysfonctionnements notés à l'origine des décès revus selon chaque hôpital.



**Figure 1 :** Répartition des dysfonctionnements à l'origine des décès maternels revus selon chaque hôpital

Le moyen de transport utilisé par les patientes évacuées ou référées était le taxi dans 76,6% et moto dans 20,3%. Elles arrivaient dans ces centres sans aucune mise en condition dans 67,9%.

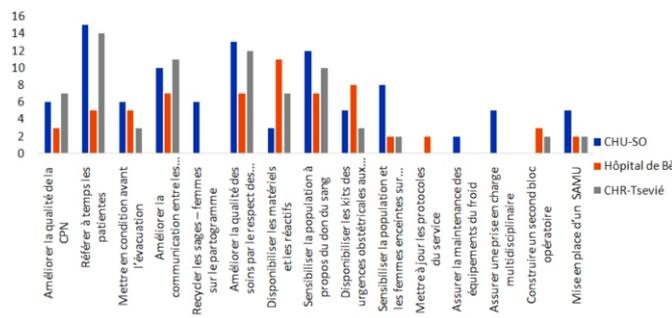
### 3.2 Facteurs retrouvés dans la survenue du décès

Les facteurs incriminés étaient le personnel médical (35,1%), les autorités sanitaires (26,5%), la communauté (victime et/ou à sa famille) dans 23,1% et la responsabilité est partagée dans 15,3%.

## 4. Recommandations issues des revues

### 4.1 Les recommandations prioritaires

Au total 234 recommandations prioritaires ont été formulées, et sont décrites par la **Figure 2**.

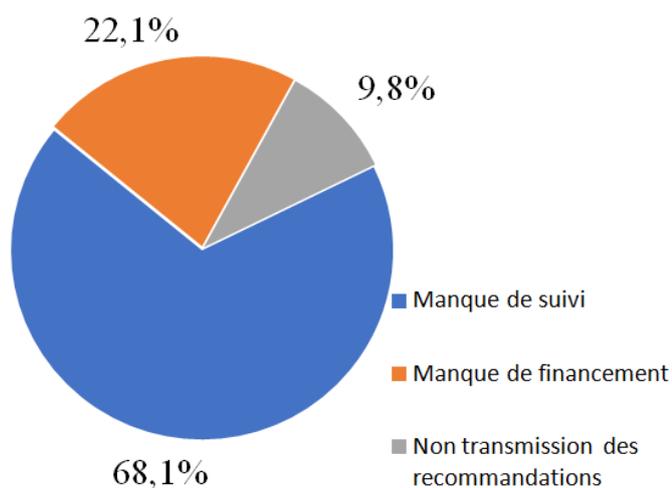


**Figure 2** : Répartition des recommandations prioritaires formulées selon chaque hôpital

### 4.2 Exécution des recommandations

Parmi les 234 recommandations formulées pour résoudre les dysfonctionnements identifiés, seulement 71 étaient exécutées, soit 30,3%. Les causes de la non mise en œuvre des recommandations sont réparties dans la figure 3.

**Figure** : Répartition des recommandations selon la cause de non-exécution



## DISCUSSION

Nous avons rapporté un taux de mortalité maternelle 722,3/100 000 naissances vivantes. Ce taux est inférieur à celui de Logbo-Akey [5] qui avait rapporté au Centre Hospitalier et Universitaire de

Kara (CHU Kara), un taux de mortalité maternelle de 1029/100 000 NV sur une période de 10 ans allant de 2007 à 2017. Foumsou et al. [6] au Tchad avait rapporté 840,8 pour 100 000 naissances vivantes dans quatre maternités. Le taux très élevé dans cette étude, reflète la réalité de la problématique de la mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne estimée à 542/100 000 naissances vivantes, tandis que le risque de décès maternel au cours de la vie est de 1 sur 37, contre seulement 1 sur 7800 en Australie et en Nouvelle-Zélande [2]. Cette différence des ratios observés dans nos régions par rapport aux pays occidentaux pourrait s'expliquer d'une part par le bas niveau d'instruction ne permettant pas de comprendre les signes du danger au cours de la grossesse, de l'absence ou du mauvais suivi de la grossesse ; d'autres parts par les tentatives d'accouchement des grossesses à risque par le personnel non qualifié, les références tardives, l'insuffisance du personnel qualifié et de plateau technique pour une meilleure prise en charge des urgences obstétricales [6].

**Décès maternels revus** : De tous les décès maternels enregistrés dans ces établissements de soins, seulement 12,2% étaient revus. Ce résultat est largement inférieur à ceux de Foumsou et al. [6] qui était de 35,6%, de Djiré [7] 49,3%, de Barro et al. [8] qui ont rapporté 58,3% de décès maternels revus. Il est inférieur aux normes de l'OMS qui stipulent que 100% des décès maternels survenus dans les établissements de soins doivent être revus [9]. Ce taux de revue des décès influencerait négativement la qualité des prestations de soins et ne pourrait contribuer à la réduction des décès maternels selon les attentes de la communauté internationale et des autorités politiques du pays. Ce faible taux de revue de décès maternels dans nos régions s'expliquerait par le nombre très élevé des décès maternels, la surcharge du travail dans nos maternités et l'indisponibilité des membres du comité de revue de décès maternel [6].

**Dysfonctionnements à l'origine des décès maternels** : Un enchevêtrement de plusieurs dysfonctionnements (242) a concouru aux décès maternels revus. Les plus fréquents étaient la référence tardive (14,1%), la mauvaise qualité de la CPN (12,4%), une irrégularité des soins (7,4%) et une indisponibilité du sang (5,4%). Dans l'étude de Foumsou et al. [6], les dysfonctionnements identifiés étaient dominés par l'indisponibilité des produits sanguins (13,4%) suivi du refus de la famille des actes opératoires (13%).

En effet la mauvaise organisation et le mauvais fonctionnement du système de soins, comme

Saizonou et al. [10] les avaient retrouvés, associés à l'incompétence des prestataires, les comportements et l'indisponibilité des ressources financières des patientes et de leur famille au moment de la prise en charge de l'urgence obstétricale à la phase aiguë. Ce résultat s'explique par le retard de recours aux soins, le retard d'évacuation, retard de la prise en charge, problème d'acquisition du sang en urgence. Nous avons rapporté une part de responsabilité du personnel médical dans la genèse de 35,1% des cas de décès revus, 26,5% pour les autorités sanitaires, 23,1% incombait la victime et/ou de sa famille et dans 15,3%, la responsabilité est partagée. Dans l'étude de Sebou [11], la responsabilité des décès incombait le personnel médical dans 55% des cas, la victime et/ou de sa famille dans 35% des cas et la responsabilité était partagée dans 10% des cas. Dans l'étude de N'daou [12], le personnel médical a été la principale cause de dysfonctionnement avec 37,4% suivie de la patiente et sa famille 35% et de l'équipement soit 15%. Cette proportion relativement élevée de la responsabilité du personnel dans la survenue des décès dans cette étude, s'expliquerait par la défaillance dans le système de soins qui commence déjà depuis le centre de provenance passant par la mauvaise organisation de la référence, jusqu'à l'hôpital de référence. La victime et /ou sa famille ont une part de responsabilité non négligeable et surtout par le 1<sup>er</sup> retard (retard de décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence).

Cette étude nous a permis de constater que 94,2% des décès pouvaient être évités. Ce résultat est similaire à ceux rapportés par Kambote [13], Chaka [14], Foumsou et al. [6], Kane [15] ; respectivement 95,4%, 90,5%, 84,8% et 82%. Ce taux élevé s'expliquerait par le fait que nos centres d'étude sont des structures de référence qui assurent la prise en charge des complications obstétricales graves des cas évacués. Ces décès pourraient être évités si les gestantes fréquentaient normalement les structures de santé, recevaient les soins de bonne qualité et si les patientes étaient référées à temps et prises en charge rapidement par un prestataire bien qualifié et exerçant dans de bonnes conditions professionnelles.

**Recommandations issues des revus :** Moins du tiers des recommandations ont été mises en œuvre. Ce chiffre est proche de ceux de Renold [16] et de Foumsou et al. [6] qui rapportent respectivement 30% et 40% des recommandations exécutées. Il est inférieur aux principes de l'OMS et de la FIGO qui stipulent que plus de 90% des recommandations issues des revues doivent être exécutées [6, 17, 18].

Ces recommandations étaient dominées par celles en faveur de la référence à temps des patientes (14,5%), de l'amélioration de la qualité des soins par le respect des protocoles et normes (13,7%), de la sensibilisation de la population à propos du don de sang (12,4%) et de l'amélioration de la communication entre les formations sanitaires (11,9%). Dans l'étude de Fousou et al. [6], les recommandations étaient dominées par celles en faveur de la sensibilisation de la population à propos du don de sang (11,4%), de l'amélioration de la qualité des soins par le respect des protocoles et normes (10,5%).

Il est vrai que toutes les revues réalisées sont accompagnées de recommandations qui, n'ont pas pu être mises en œuvre par la non-transmission de ces recommandations aux autorités compétentes ou encore tout simplement par manque de suivi.

## CONCLUSION

La fréquence des revues est faible. La réduction du ratio de mortalité maternelle passe par la mise en œuvre effective des recommandations.

## REFERENCES

1. **Organisation mondiale de la santé.** Mortalité maternelle. [En ligne]. 22 février 2023 [Consulté le 06/07/2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
2. **Organisation Mondiale de la Santé.** Évolution de la mortalité maternelle 2000 à 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation. 2019 ; 14 :114.
3. **Dumont A.** Réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : quelles sont les interventions efficaces ? Rev Med Perinat. 2017;(9):7-14.
4. **Organisation Mondiale de la Santé.** Santé de la mère et de l'enfant : 10 moyens d'améliorer la qualité des soins. Genève : OMS ; 2017. 5p.
5. **Logbo-Akey KE, Aboubakari A-S, Ajavon DRD, Douaguibe B, Bassowa A, Akpadza K.** Mortalité maternelle au service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Kara : Causes et facteurs favorisants. Communication au : 1er Congrès et 3è Journées Femme-Mère-Enfant de la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Togo (SGOT) ; 07-09 septembre 2017 ; Lomé, Togo.
6. **Foumsou L, Kheba F, Gabkika B, Damtheou S, Diouf A.** Revue des décès maternels dans trois

- hôpitaux régionaux et à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena au Tchad. Journal de la SAGO, 2018 ; 19, 2, p. 30-35
7. **Djiré MY.** Audits des décès maternels au Centre de Santé de Référence de San au Mali. Abstracts 14ème Congrès conjoints FIGO/SAGO/SOGB, Ouagadougou ; 2016 : p126.
8. **Barro SG, Zida WC, Savadogo GLB, Dao B.** Audit Clinique des décès maternels survenus de 2010 à 2014 dans deux hôpitaux de District de la ville de Bobo-Dioulasso. Abstracts 14ème Congrès conjoints FIGO/SAGO /SOGB, Ouagadougou ; 2016: p127
9. **Organisation mondiale de la santé.** Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : OMS ; 2017
10. **Saizonou J, Ouendo E-M, Dujardin B.** Audit des décès maternels dans quatre maternités de référence du Bénin - qualité des soins d'urgence, causes et facteurs contributifs. Rev Afr Santé Reprod 2006 ; 10(3) : 28-40.
11. **Sebou D.** Audit des décès maternels et néonataux dans le district sanitaire de kolokani [Thèse de Médecine]. Université de Bamako ; 2015. 176p.
12. **N'daou K.** Audit des décès maternels A L'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes [Thèse de Médecine]. Université de Bamako ; 2018. 120p.
13. **Kambote Y.** Revue des décès maternels au Centre Hospitalier Universitaire de Kara : à propos de 65 cas [Thèse de médecine]. Université de Lomé ; 2021. 123p.
14. **Chaka KM.** L'audit des décès maternels au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako : à propos de 42 cas [Thèse de Médecine]. Université de Bamako ; 2008. 115p
15. **Kane A.** Audit des décès maternels au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako [Thèse de médecine]. Université de Bamako ; 2018. 68p.
16. **Renold GP.** Bien compter pour mieux agir : la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR). Abstracts 14ème Congrès conjoints FIGO/SAGO/SOGB, Ouagadougou ; 2016 : p129-30.
17. **Flavia B, Kate G.** Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) : directives techniques, prévention des décès maternels, informations au service de l'action. OMS, Genève, Suisse ; 2015.
18. **FIGO.** Comment conduire des revues de cas de décès maternels. Guide et outils pour les professionnels de santé. FIGO-LOGIC RDM Guide & outils, août 2012 ; 45p
- Conflit d'intérêt :**  
Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt