



## Evolution du ratio de mortalité maternelle dans deux zones de santé urbaines de la Division provinciale de santé du Lualaba de 2020 à 2024

KASONGO KAYEMBE Aimé<sup>1\*</sup>, KAMBOL YAV Francis<sup>2</sup>, MUSEHENU KAMBOL Alice<sup>3</sup> et MALONGA KAJ Françoise<sup>4</sup>

<sup>1</sup>MPH, PhD : Ecole de Santé Publique de l'Université de Kolwezi

<sup>2</sup>MD, MPH : Ecole de Santé Publique de l'Université de Kolwezi

<sup>3</sup>MPH Student : Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi

<sup>4</sup>MPH, PhD : Ecole de Santé Publique de l'Université de Kolwezi

Received 15 Jan 2026, Accepted 08 Feb 2026, Available online 09 Feb 2026, Vol.14, No.1 (Jan/Feb 2026)

### Résumé

**Contexte :** La mortalité maternelle est le décès d'une femme enceinte ou accouchée dans les 42 jours qui suivent une interruption de la grossesse. Près de 300000 femmes meurent chaque année au monde de suite d'une grossesse, d'un accouchement ou en postpartum. La majorité (99%) surviennent des pays en développement dont en RD Congo.

**Méthodes :** Une étude descriptive transversale a été menée dans le but d'évaluer l'évolution du ratio de mortalité maternelle dans les deux zones de santé urbaines de la ville de Kolwezi de 2020 à 2024.

**Résultats :** Un Ratio de Mortalité Maternelle de 155,4 DM/100 000 NV de 2020 à 2024 dont le plus élevé, enregistré dans la tranche de 36 à 49 ans (167,5 DM/100 000 NV). La majorité des décès ont eu lieu pendant l'accouchement (50,4%) suivis de ceux qui ont eu lieu après l'accouchement (41,4%).

Les causes ont été liées à : 1) l'accouchement dans 53,3%, (hémorragies du post partum (40,5%), les dystocies liées au travail (5,8%), détresses respiratoires 5,0% et hémorragies antepartum (2,5%)). 2) la grossesse : hémorragies et anémies (12,2%), les infections sur grossesse (10,7%), les éclampsies et pré éclampsies (9,9%), les avortements et maladies cardiovasculaires dont 4,1% Vs 3,7% des cas pour chacun. Ces décès sont survenus à l'hôpital (52,9%), les centres de santé de 1<sup>er</sup> échelon (25,2%) ainsi que dans la communauté (21,9%).

**Conclusion :** Les difficultés d'organisation de service restent encore énormes dans notre milieu d'étude. Une bonne organisation de service de santé de la reproduction sauverait des vies humaines.

**Mots clés :** Evolution, causes, Mortalité maternelle, Ville de Kolwezi

### Abstract

**Background:** Maternal mortality is the death of a pregnant woman or a woman who has recently given birth within 42 days of a pregnancy termination. Worldwide, nearly 300,000 women die each year as a result of pregnancy, childbirth, or the postpartum period. Approximately 99% of these deaths occur in developing countries, including the Democratic Republic of Congo.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted to assess the evolution of the maternal mortality ratio (MMR) in the two urban health zones of Kolwezi from 2020 to 2024.

**Results:** A Maternal Mortality Ratio of 155.4 DM/100,000 live births was projected for the period from 2020 to 2024, with the highest rate recorded in the 36-49 age group (167.5 DM/100,000 live births). The majority of deaths occurred during childbirth (50.4%), followed by those that occurred after childbirth (41.4%). The causes were related to: 1) Childbirth in 53.3% of cases (postpartum hemorrhage (40.5%), labor-related dystocia (5.8%), respiratory distress (5.0%), and antepartum hemorrhage (2.5%)). 2) Pregnancy: hemorrhages and anemia (12.2%), pregnancy-related infections (10.7%), eclampsia and preeclampsia (9.9%), abortions, and cardiovascular diseases, with 4.1% vs. 3.7% of cases for each. These deaths occurred in hospitals (52.9%), primary healthcare centers (25.2%), and in the community (21.9%).

**Conclusion:** The challenges in organizing services remain significant in our study area. A well-organized reproductive health service would save lives

**Keywords:** Evolution, Causes, Maternal Mortality, City of Kolwezi

\*Correspondant Author KASONGO KAYEMBE Aimé est l'Auteur Correspondant. Il est détenteur d'un Master in public Health de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, Docteur à Thèse de l'Université de Lubumbashi. Chercheur et Professeur Associé à l'Université de Kolwezi en République Démocratique du Congo. Actuellement Secrétaire général chargé de la Recherche à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi. Tél: +243 995378138 et +243 819650471, ORCID ID: 0000-0000-0000-0000, DOI: <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.14.1.5>

## Introduction

La mortalité maternelle est défini comme le décès d'une femme enceinte ou d'une accouchée dans les 42 jours suivant une interruption de la grossesse, indépendamment de la durée et du site de la grossesse, de toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais non accidentelle ou due à des causes fortuites[2], [3], [4].

La mortalité maternelle est un indicateur clé de développement international. Sa réduction reste un défi de longue date dans les pays à revenu faible, et ce, malgré l'existence d'interventions efficaces[5].

Dans le monde, près de 300 000 femmes meurent chaque année de suite d'une grossesse, d'un accouchement ou en postpartum. Environ 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement[5].

La mortalité maternelle exprimée pour 100 000 naissances vivantes varie entre 14 pour l'ensemble des pays développés et 290 pour l'ensemble des pays en développement, soit un risque relatif de 20. Ce risque relatif lié au ratio de mortalité maternelle est un mauvais indicateur de l'inégalité entre le Sud et le Nord[6].

La République démocratique du Congo (RDC) compte parmi les pays de l'Afrique Sub-saharienne, dont la charge de décès maternels figure parmi les plus élevées, avec 22.000 décès maternels en 2015[7]. Les progrès enregistrés dans la lutte contre la mortalité maternelle restent bien minces en RDC. D'après les statistiques sanitaires mondiales, le taux de mortalité maternelle dans ce pays, est passé de 930 à 690 décès maternels pour 100.000 Nv entre 1990 et 2015[2]. Les trois dernières décennies marquées d'une instabilité socio politique récurrente, avec ses effets sur l'accessibilité et les performances des services de santé, pourraient en partie expliquer ce niveau élevé de mortalité maternelle. La province du Nord Kivu, à l'Est de la République Démocratique du Congo, a été particulièrement touchée par cette instabilité socio politique, depuis le début de la décennie 1990.

En 2023, environ 260 000 femmes sont décédées de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, ce qui équivaut à un décès toutes les deux minutes, selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres agences de l'ONU. Bien que la mortalité maternelle ait diminué globalement de 40 % entre 2000 et 2023, les progrès ont ralenti au cours de la dernière décennie, et certaines régions connaissent même un recul. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud concentrent la majorité de ces décès [3].

On estime qu'en 2023, environ 87 % (225 000) des décès maternels dans le monde sont survenus en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Environ 70 % des décès maternels (182 000) sont survenus en Afrique subsaharienne, tandis que 17 % environ (43 000) sont survenus en Asie du Sud. Les efforts menés au cours de deux dernières décennies ont permis d'enregistrer quelques progrès dans la réduction du taux de mortalité

maternelle. D'après des études de tendances réalisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[8], le taux global de mortalité maternelle est passé de 385 à 216 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Nv), entre 1990 et 2015, soit une réduction globale de 44%. Ces efforts sont certes réels mais demeurent insuffisants, particulièrement en Afrique Subsaharienne. Cette région compte, à elle seule, 66% de la charge globale de décès maternels en 2015 et un taux moyen de 546 décès maternels pour 100.000 NV. Dans cette région du monde, des milliers de femmes en couches continuent à mourir à la suite des causes pourtant évitables[9].

La cible des ODD relative aux décès maternels consiste à faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030. Le taux mondial de mortalité maternelle en 2020 était estimé à 223 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, contre 227 en 2015 et 339 en 2000. Au cours de la période couverte par les objectifs du Millénaire pour le développement, de 2000 à 2015, le taux annuel mondial de réduction était de 2,7 %, mais celui-ci a baissé à des niveaux négligeables au cours des cinq premières années de l'ère des ODD (de 2016 à 2020)[10].

En chiffres totaux, les décès maternels continuent d'être largement concentrés dans les régions les plus pauvres du monde et dans les pays touchés par des conflits. En 2020, environ 70 % de l'ensemble des décès maternels ont été enregistrés en Afrique subsaharienne. Dans neuf pays confrontés à de graves crises humanitaires, les taux de mortalité maternelle ont représenté plus du double de la moyenne mondiale (551 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, contre 223 à l'échelle mondiale)[11].

Les principales causes des décès maternels sont les hémorragies graves, l'hypertension artérielle, les infections liées à la grossesse, les complications des avortements à risque et les affections sous-jacentes susceptibles d'être aggravées par la grossesse (comme le VIH/sida et le paludisme). Toutes ces complications sont en grande partie évitables et peuvent être traitées grâce à un accès à des soins de santé respectueux et de haute qualité [12].

Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de sept ans précédant l'enquête, soit environ 2007-2014. En d'autres termes, en République Démocratique du Congo, pour 1000 naissances vivantes au cours des sept années précédant l'EDS-RDC II, 8,5 femmes sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou dans les deux mois suivant l'accouchement (EDS-RDC II 2013-2014).

## Objectif

Comparer l'évolution du taux de mortalité maternelle dans la Province du Lualaba de 2020 à 2022 face aux assignations de l'ODD3.

Pour y arriver, nous nous sommes fixé de :

- Déterminer le taux de mortalité maternelle dans les deux zones de santé de la province du Lualaba de 2020 à 2022 ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des victimes de la mortalité maternelle ;
- Identifier les principales causes de la mortalité maternelle ;
- Identifier les facteurs de risque associés à cette mortalité.

### Methodologie

L'étude descriptive transversale a été conduite lors de l'élaboration de la présente étude. Elle a été accompagnée par l'analyse documentaire (consultation des ouvrages, des rapports, des articles ainsi que l'exploitation des sites internet qui traitaient des causes, circonstances de survenue et stratégies de lutte contre la mortalité maternelle).

La recherche a pris en compte toutes les données du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) au niveau de la Division provinciale de la santé du Lualaba. Ces données étaient celles rapportées pour la Ville de Kolwezi incluant les deux zones de santé urbaines de MANIKA et de DILALA de 2020 à 2024. Le choix de ces zones de santé l'a été grâce à sa surveillance fiable par rapport aux zones de santé rurales dans lesquelles le rapportage des cas de mortalité maternelle ne nous semblait pas fiable.

### Considérations éthiques

Les dossiers médicaux ont été analysés dans le strict respect de la confidentialité. Le respect de la dignité humaine a été de mise dans cette étude.

### Les Resultats

Décès Maternels de 2020 à 2024 dans les zones de santé de Manika et de Dilala dans la DPS LUALABA.

**Tableau 1.** Répartition du Ratio de mortalité maternelle par année et par zone de santé

Année	Indicateur	Zone de santé		
		Dilala	Manika	Total
2020	Naissances Vivantes	17946	11358	29304
	Décès Maternel	21	16	37
	Ratio de Mortalité Maternelle pour 100000NV	117,0	140,9	126,3
2021	Naissances Vivantes	18485	11698	30183
	Décès Maternel	23	18	41
	Ratio de Mortalité Maternelle pour 100000NV	124,4	153,9	135,8
2022	Naissances Vivantes	19039	12049	31088
	Décès Maternel	25	20	45
	Ratio de Mortalité Maternelle pour 100000NV	131,3	166,0	144,8
2023	Naissances Vivantes	19613	12423	32036
	Décès Maternel	19	39	58
	Ratio de Mortalité Maternelle pour 100000NV	96,9	313,9	181,0
2024	Naissances Vivantes	20280	12845	33125
	Décès Maternel	22	39	61
	Ratio de Mortalité Maternelle pour 100000NV	108,5	303,6	184,1
2020-2024	Naissances Vivantes	<b>95363</b>	<b>60373</b>	<b>155736</b>
	Décès Maternel	<b>110</b>	<b>132</b>	<b>242</b>
	Ratio de Mortalité Maternelle pour 100000NV	<b>115,3</b>	<b>218,6</b>	<b>155,4</b>

Un Ratio de mortalité maternelle de 155,4 Décès pour 100000 Naissances vivantes a été enregistré de 2020 à 2024 dans les zones de santé urbaines de Kolwezi (Dilala et Manika)

Le RMM est croissant par rapport aux années d'études. Les années 2023 et 2024 ont enregistré des RMM élevés par rapport aux autres années d'études (184,1 Vs 181,0 DM/100000 NV). Les années 2022, 2021 et 2020 ont enregistré des décès maternels d'ordre de 144,8, 135,8 et 126,3 DM/100000 NV.

La zone de santé de Dilala a enregistré un nombre élevé de décès maternels (132 DM/ 60373 NV soit 218,6 DM/100000NV) comparé à celui de la zone de santé de Manika (110DM/95363 NV soit 115,3 DM/100000NV) soit au total 242 DM / 155736 NV.

**Tableau 2.** Répartition des cas par tranche d'âge, le lieu et le moment de survenue du décès et Causes de mortalité enregistrées

Age en année	Naissances Vivantes	%NV	DM	%000DM
15 - 18	21491	13,8	35	162,9
19 - 35	94221	60,5	130	138,0
36 - 49	40024	25,7	77	192,4
Total	155736	100,0	242	155,4

<b>Causes directes liées à la Grossesse</b>	ni	%
Hémorragies et anémie	29	12,0
Infection sur grossesse	26	10,7
Eclampsie et Pré éclampsie	24	9,9
Maladies cardio-vasculaires	10	4,1
Avortement	9	3,7
Grossesse ectopique	8	3,3
Paludisme grave sur grossesse	6	2,5
<b>Causes directes liées à l'accouchement</b>		
Hémorragies du post partum	98	40,5
Dystocie liée au travail (prolongé)	14	5,8
Détresse respiratoire (COVID -19)	12	5,0
Hémorragies antepartum	6	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>
<b>Moment de survenue du décès</b>	ni	%
Avant accouchement	19	8,1
Pendant l'accouchement	122	50,4
Après l'accouchement	101	41,4
<b>TOTAL</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>
<b>Lieu de survenue du décès</b>	ni	%
Communauté	53	21,9
Hôpital (2 <sup>ème</sup> échelon)	128	52,9
Centre de Santé (1 <sup>er</sup> échelon)	61	25,2
<b>TOTAL</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>

La moyenne d'âge des cas de décès maternel était de 30,4 ±1,4 ans

La majorité des décès maternels ont été vécu chez les mères âgées de 19 à 35 ans avec un taux spécifique de mortalité maternelle élevé chez les 36 à 49 ans (192,4 DM%000 NV) puis la tranche de 15 à 19 ans avec 162,9 DM%000 NV.

Les causes de décès maternel enregistrées de 2020 à 2024 ont été :

- Les causes liées à l'accouchement dans 53,3%. Celles-ci ont été en majorité caractérisées par : les hémorragies du post partum (40,5%), les dystocies liées au travail (5,8%), les détresses respiratoires (Covid-19 avec 5,0%) et les hémorragies antepartum (2,5%).
- Celles liées à la grossesse ont été : les hémorragies et anémies (12,2%), les infections sur grossesse (10,7%), les éclampsies et pré éclampsies (9,9%), les avortements et maladies cardiovasculaires dont 4,1% Vs 3,7% des cas pour chacun. Puis, les grossesses ectopiques et paludisme sur grossesse (3,3% et 2,5%).

La majorité des décès ont eu lieu pendant l'accouchement (50,4%) suivis de ceux qui ont eu lieu après l'accouchement (41,4%), enfin ceux qui se sont produits avant l'accouchement (7,4%).

Quant au lieu de survenue des décès, nous avons noté l'hôpital 52,9%, les centres de santé de 1<sup>er</sup> échelon (25,2%) ainsi que ceux survenus dans la communauté (21,9%).

**Tableau 3** Occupation et état matrimonial des victimes

<b>Occupation</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Ménagère	92	74,8

Cultivatrice, Vendeuse ou Libérale	22	17,9
Employée	7	5,7
Etudiante/Elève	2	1,6
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>
<b>Etat matrimonial</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Marié	162	66,9
Union Libre	41	16,9
Célibataire	39	16,1
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>

Les mariées représentaient 67% des cas, suivies des celles en union libre 17% et enfin les célibataires dans 16% des cas.

Pour la profession, les ménagères (74,8%) étaient majoritaires, suivies des cultivatrices, vendeuses et libérales (17,9%). Les employées et élèves/étudiantes étaient faiblement représentées dont respectivement 5,7% et 1,6%.

### Discussions

Cette étude a été menée dans le but d'évaluer l'évolution du ratio de mortalité maternelle dans les deux zones de santé urbaines de la ville de Kolwezi de 2020 à 2024.

Pour arriver à atteindre cet objectif, nous avons mené l'étude descriptive transversale appuyée par la revue de la littérature. Les données du Programme national de santé de la reproduction de la Coordination provinciale du Lualaba ont été exploitées pour cette fin.

Les résultats de nos investigations ont montré ce qui suit :

Un Ratio de mortalité maternelle de 155,4 Décès pour 100000 Naissances vivantes a été enregistré au cours de cinq dernières années dans les deux zones de santé urbaines de Kolwezi. Ceci prouve les difficultés d'organisation de service de santé de la reproduction dans les pays à faible revenu.

Le RMM est croissant par rapport aux années d'études. Les années 2023 et 2024 ont enregistré des RMM élevés par rapport aux autres années d'études (184,1 Vs 181,0 DM/100000 NV). Les années 2022, 2021 et 2020 ont enregistré des décès maternels d'ordre de 144,8, 135,8 et 126,3 DM/100000 NV.

Pendant qu'on enregistre la baisse de la mortalité maternelle, le taux est resté cependant élevé dans les deux zones de santé de la ville de Kolwezi au cours de ces cinq dernières années.

La moyenne d'âge des cas de décès maternel était de 30,4 ans avec un écart type de 1,4 an. La majorité des décès maternels ont été vécu chez les mères âgées de 19 à 35 ans avec un taux spécifique de mortalité maternelle élevé chez les 36 à 49 ans (192,4 DM%000 NV) puis la tranche de 15 à 19 ans avec 162,9 DM%000 NV.

Dans l'étude de Malonga KF et ses collaborateurs il a été noté quelques causes de survenue de maternité précoce qui influent négativement avec la mortalité maternelle. Les facteurs en cause de la survenue des maternités précoces cités par les interrogées étaient : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement ou d'un soutien, la recherche ou désir d'enfant, la confiance dans le partenaire, les fausses promesses des partenaires. Le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents, la non accessibilité aux moyens de contraception, les us et coutumes dégradantes ont aussi été évoqués par ces dernières. Des conséquences sociales et scolaires vécues des maternités précoces par nos interviewées, nous avons noté les suivantes : l'abandon ou l'interruption scolaire, le mariage forcé, la perte des chances de mariage idéal[13].

Cependant, la mortalité maternelle exprimée pour 100 000 naissances vivantes, variait entre 14 pour l'ensemble des pays développés et 290 pour l'ensemble des pays en développement, soit un risque relatif de 20. Ce risque relatif lié au ratio de mortalité maternelle est un mauvais indicateur de l'inégalité entre le Sud et le Nord[6].

La zone de santé de Dilala est restée en tête avec un cumul élevé des Ratios élevés de mortalité maternelle (218,6 DM/100000NV) face au Ratio de mortalité maternelle de la zone de santé de Manika (115,3 DM/100000NV). Ceci s'explique par le fait que la zone de santé de Dilala reçoit plus la communauté plus proche des activités d'exploitation minière artisanale dans lesquelles les habitants sont plus ignorants des normes de prévention dans le domaine de la santé.

Pour l'ensemble du département de la Donga, le taux de mortalité maternelle cumulé entre 2020 et 2024 est estimé à environ 95,01 décès pour 100 000 naissances vivantes. La majorité des femmes décédées était âgée de 20 à 35 ans (72,00 %) et résidait en milieu rural (74,80 les principales étant les hémorragies post-partum (36,21 %), les troubles hypertensifs de la grossesse, notamment la prééclampsie et l'éclampsie (17,24 %), et la rupture utérine (11,21 %). Les causes indirectes étaient dominées

par l'anémie sévère (62,96 %). La majorité des décès (72,70 %) était survenue dans les 24 premières heures suivant l'admission, principalement pendant la période du post-partum (67,80%)[14].

En 2017, le Groupe Inter-Organisation pour l'Estimation de la Mortalité Maternelle (MMEIG), estimait à 295 000 le nombre de décès maternels, soit un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 211 pour 100 000 naissances vivantes. 86 % de ces décès se concentrent dans les pays à faibles ressources économiques, et particulièrement en Afrique Subsaharienne où les taux sont particulièrement élevés[3], [6].

Rien qu'en 2022, la RDC a signalé un total de 6.995 décès maternels, et le taux de mortalité maternelle a été estimé à 547 pour 100.000 naissances vivantes en 2020, rapporte un communiqué de presse de l'UNICEF publié fin 2023[2], [15].

D'après l'ESD, la RDC continue de faire face à des défis importants en matière de santé maternelle et néonatale, contribuant à 50% du fardeau mondial de la mortalité maternelle et se classant parmi les cinq premiers pays responsables de 49% des décès d'enfants de moins de 5 ans[16].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que plus de 32 femmes au monde, dont 3 en RDC, meurent toutes les heures de causes liées à la grossesse et de complications lors de l'accouchement[15].

La plus forte réduction du risque de décès maternel au cours de cette période a été observée dans la région de l'Asie centrale et du Sud, avec une baisse de 83 % du risque, passant de 1 sur 71 en 2000 à 1 sur 410 en 2023. Dans cinq régions, le risque vie entière de mortalité maternelle a diminué de plus de moitié : Afrique subsaharienne, Afrique du Nord et Asie occidentale, Australie et Nouvelle-Zélande, Asie de l'Est et du Sud-Est et Océanie (à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande)[15].

Dans une étude, il a été remarqué que la mortalité maternelle a diminué de façon constante en Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est entre 1990 et 2013, mais elle a augmenté dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne au cours des années 1990. En 2013, En 2013, 2 070 décès maternels (1 290 à 2 866) étaient liés au VIH, soit 0,4 % (0,2 à 0,6) du total mondial. Le taux de mortalité maternelle (TMM) était le plus élevé chez les femmes les plus âgées, tant en 1990 qu'en 2013. En 2013, la plupart des décès sont survenus pendant ou après l'accouchement. Les causes variaient selon les régions et entre 1990 et 2013. Nous avons constaté des variations importantes du TMM selon les pays[1].

Dans une autre étude menée en Haïti sur les circonstances de survenue de décès maternels, il a été constaté qu'un retard dans la prise en charge médicale a été constaté dans huit des douze cas, tandis que les retards de transport n'ont semblé significatifs que dans deux cas. Des soins inadéquats dans un établissement de santé ont été un facteur dans sept cas. Des retards multiples ont été déterminants dans le décès de trois



femmes. Ces entretiens suggèrent qu'un manque de confiance dans les options médicales disponibles a été un facteur crucial dans les décisions tardives, voire l'absence de décision, de consulter un médecin[17].

Dans l'étude de Kasongo A. et al, un RMM de 817/100000NV avait été enregistré chez les mères ayant vécu les maternités précoces[18].

La majorité des décès ont eu lieu pendant l'accouchement (50,4%) suivis de ceux qui ont eu lieu après l'accouchement (41,4%), enfin ceux qui se sont produits avant l'accouchement (7,4%). Une étude menée en France a révélé que parmi les 146 781 accouchements, 9364 se sont compliqués d'une HPP, soit une incidence globale de l'HPP de 6,4 % des accouchements (IC 95 % 6,3 ; 6,5), et celle de l'HPP grave était de 1,7 % des accouchements (IC 95 % 1,6 ; 1,8). L'incidence de l'HPP grave était significativement plus élevée après un accouchement par césarienne qu'après un accouchement par voie basse, que la définition soit clinique ou clinicobiologique ( $p < 0,001$  pour les deux comparaisons)[14], [19].

Quant au lieu de survenue des décès, nous avons noté l'hôpital 52,9%, les centres de santé de 1<sup>er</sup> échelon (25,2%) ainsi que ceux survenus dans la communauté (21,9%). Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par d'autres auteurs [3], [8]

Les mariées représentaient 67% des cas, suivis des celles en union libre 17% et enfin les célibataires dans 16% des cas. Quelques recherches ayant examiné les causes ont mis en évidence des taux plus élevés d'hémorragie et d'hypertension associée à la grossesse (l'obésité pourrait y contribuer)[20].

Certaines études sur la divergence des implications du suicide dans la mortalité maternelle avaient indiqué que le suicide touchait de manière disproportionnée les femmes amérindiennes et autochtones d'Alaska<sup>26</sup> tandis que d'autres rapportent le contraire[2], [3], [14], [20], [21]

Pour la profession, les ménagères (74,8%) étaient majoritaires, suivies des cultivatrices, vendeuses et libérales (17,9%). Les employées et élèves/étudiantes étaient faiblement représentées dont respectivement 5,7% et 1,6%. Ceci se justifierait par le fait que ces classes sont faites des personnes qui ne maîtrisent pas suffisamment les itinéraires des soins en cas de troubles liés à la grossesse ou à l'accouchement.

Dans plusieurs études dont celle de Susanna Trost et al., il a été noté que parmi les décès pour lesquels le moment par rapport à la grossesse était connu, environ 22 % sont survenus pendant la grossesse : 25 % le jour de l'accouchement (dans les 24 heures suivant la fin de la grossesse) ou dans la semaine qui a suivi, 23 % entre 7 et 42 jours après l'accouchement ; et 30 % en période post-partum tardive (entre 43 et 365 jours après l'accouchement)[3], [21], [22].

Les causes de décès maternel enregistrées de 2020 à 2024 ont été :

- Les causes liées à l'accouchement dans 53,3%. Celles-ci ont été en majorité caractérisées par : les hémorragies du post partum (40,5%), les dystocies liées au travail (5,8%), les détresses respiratoires (Covid-19 avec 5,0%) et les hémorragies antepartum (2,5%).
- Celles liées à la grossesse ont été : les hémorragies et anémies (12,2%), les infections sur grossesse (10,7%), les éclampsies et pré éclampsies (9,9%), les avortements et maladies cardiovasculaires dont 4,1% Vs 3,7% des cas pour chacun. Puis, les grossesses ectopiques et paludisme sur grossesse (3,3% et 2,5%).

Dans l'étude de Foumane et ses collaborateurs, les principales causes de mortalité maternelle identifiées étaient : l'hypertension (22,4%), le VIH/SIDA (19,0%), les avortements septiques (17,2%), les hémorragies (13,8%), les cancers (10,3%) et la septicémie du post-partum (8,6%).[23]

Dans l'étude de KAHINDO Mbeva Jean Bosco (2018) la mortalité maternelle hospitalière était élevée (106,9 décès pour 100.000 Naissances vivantes). 87,5% des cas de décès maternels étaient arrivés à temps aux hôpitaux de référence et 69,2% des cas ont été bien pris en charge aux centres de santé de niveau primaire. Français Par contre, la prise en charge hospitalière a été jugée inadéquate dans 83,1 % des cas, notamment en raison d'une prise en charge médicale et soignante non adaptée et d'une disponibilité limitée soit des médicaments, soit du sang transfusionnel. L'hémorragie était la première cause de décès maternel (63,4 % des cas) de même que l'éclampsie (8,5%) et les infections (7%). Les causes indirectes ont été incriminées dans moins de 6% des cas[24].

Selon les résultats trouvés par Say L. et al, la majorité des décès maternels sont provoqués par des hémorragies sévères (27 %) ou des infections (11 %) pendant l'accouchement, par une hypertension artérielle durant la grossesse (14 %) ou des complications lors d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (8 %). Dans 28 % des cas, le décès maternel est lié en partie à des maladies préexistantes, comme le paludisme ou le sida. Les mutilations sexuelles peuvent aussi entraîner des complications fatales durant l'accouchement[25].

Pour Say et al La majorité des décès maternels sont provoqués par des hémorragies sévères (27 %) ou des infections (11 %) pendant l'accouchement, par une hypertension artérielle durant la grossesse (14 %) ou des complications lors d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions (8 %). Dans 28 % des cas, le décès maternel est lié en partie à des maladies préexistantes, comme le paludisme ou le sida. Les mutilations sexuelles peuvent aussi entraîner des complications fatales durant l'accouchement. Dans les pays pauvres, seule une femme enceinte sur trois bénéficie des quatre visites médicales recommandées pendant la grossesse. Et plus de la moitié accouchent sans la présence d'une sagefemme, d'un

médecin ou d'une infirmière qualifiée. La plupart des décès maternels pourraient être évités si toutes les femmes pouvaient bénéficier d'un accompagnement médical et de soins d'urgences[25].

Anki Yambare lui, a trouvé dans son étude huit variables du modèle final qui étaient significatives au seuil de tolérance de 5%. Il s'agissait de : causes obstétricales directes et indirectes, l'âge de la victime, la parité, mode d'admission, retard incriminé, l'hypertension artérielle et la consultation prénatale. Les causes obstétricales directes ont été dominantes dans 86,1% des cas, et marquées par les éclampsies (24,9%), la rupture utérine (24,4%) et les complications liées à l'avortement (18,9%) [11].

Pour Sarah et al., le nombre annuel mondial de décès maternels a baissé de 34% entre 1990 et 2008, passant d'environ 546.000 à 358.000. Le taux de mortalité maternelle estimé à l'échelle mondiale a également diminué de 34% sur cette période, passant de 400 à 260 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Entre 1990 et 2008, la charge mondiale des décès maternels est passée, pour la majorité, d'Asie en Afrique subsaharienne[2], [5], [12], [23].

L'hémorragie obstétricale représente la première cause de mortalité maternelle dans le monde et c'était également le cas historiquement en France{Citation} (L. Say et al., 2014).

## Conclusion

Le décès maternel reste un problème de santé publique qui préoccupe plus d'une personne dans les pays à faible revenu dont la RD Congo à travers le ratio qu'il affiche.

A travers cette étude, nous avons ressorti le Ratio de mortalité maternelle dans les deux zones de santé urbaines de la ville de Kolwezi de 2020 à 2024 soit cinq ans durant.

Les résultats ont montré que :

Le TMM élevé a été enregistré dans la tranche d'âge de 36 à 49 ans (167,5 DM/100000NV) suivie de la tranche d'âge de 15 à 18 ans avec 144,0 DM/100000 NV) la tranche allant de 19 à 35 ans a connu un TMM de 120,4 DM/100000 NV.

La majorité des décès ont eu lieu pendant l'accouchement (50,4%) suivis de ceux qui ont eu lieu après l'accouchement (41,4%), enfin ceux qui se sont produits avant l'accouchement (7,4%).

Les causes enregistrées ont été :

- Les causes liées à l'accouchement dans 53,3%, caractérisées par : les hémorragies du post partum (40,5%), les dystocies liées au travail (5,8%), les détresses respiratoires (Covid-19 avec 5,0%) et les hémorragies antepartum (2,5%).
- Celles liées à la grossesse ont été : les hémorragies et anémies (12,2%), les infections sur grossesse (10,7%),

les éclampsies et pré éclampsies (9,9%), les avortements et maladies cardiovasculaires dont 4,1% Vs 3,7% des cas pour chacun. Puis, les grossesses ectopiques et paludisme sur grossesse (3,3% et 2,5%).

Quant au lieu de survenue des décès, nous avons noté l'hôpital 52,9%, les centres de santé de 1<sup>er</sup> échelon (25,2%) ainsi que ceux survenus dans la communauté (21,9%).

Les difficultés d'organisation de service restent encore énormes dans notre milieu d'étude. Une bonne organisation de service de santé de la reproduction sauverait des vies humaines. Cependant, le gouvernement doit d'impliquer dans la résolution de ce problème de santé qui perdure grâce à son implication et son rôle en tant que prestataire de service, agent de financement et agent régulateur.

## Remerciements

Nous saisissons cette opportunité pour remercier Dr Lillie SAMUSONGO et Dr Nathan KANABWINGI qui, grâce à leur esprit collaboratif, nous ont rendu disponible la base des données de la mortalité maternelle au niveau de la Coordination Provinciale de santé de la Reproduction, Antenne du Lualaba.

Ces données ayant été analysées sous anonymat, ne détaillent aucune identité des victimes étudiées dans cette recherche.

## References

- [1] N. J. Kassebaum et al., "Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013," *The Lancet*, vol. 384, no. 9947, pp. 980–1004, Sep. 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6.
- [2] World Health Organization (WHO), *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals*. Geneva, Switzerland: WHO, 2016.
- [3] S. Trost et al., *Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 U.S. States, 2017–2019*. Atlanta, GA, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 2022.
- [4] S. Goldman-Mellor and S. Margerison, "Maternal drug-related death and suicide are leading causes of postpartum death in California," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 221, no. 5, pp. 489.e1–489.e9, 2019.
- [5] Z.-B. Sarah et al., "Comprendre les tendances mondiales de la mortalité maternelle," *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, 2014.
- [6] B. Dujardin, F. Mine, and V. De Brouwere, *Améliorer la santé maternelle: Un guide pour l'action systémique*. Paris, France: L'Harmattan, 2014.
- [7] R. Black, R. Laxminarayan, M. Temmerman, and N. Walker, Eds., *Disease Control Priorities*, 3rd ed., vol. 2, Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Washington, DC, USA: World Bank, 2016, doi: 10.1596/978-1-4648-0348-2.
- [8] M. J. Small, T. K. Allen, and H. L. Brown, "Global disparities in maternal morbidity and mortality," *Seminars in Perinatology*, vol. 41, no. 5, pp. 318–322, Aug. 2017, doi: 10.1053/j.semperi.2017.04.009.

- [9] M. Knight et al., "A national population-based cohort study to investigate inequalities in maternal mortality in the United Kingdom, 2009–2017," *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 34, no. 4, pp. 392–398, Jul. 2020, doi: 10.1111/ppe.12640.
- [10] D. L. Hoyert, "Maternal mortality rates in the United States, 2021," National Center for Health Statistics, Mar. 2023, doi: 10.15620/cdc:124678.
- [11] A. Yambare and G. Ibemba, "Analyse des déterminants de la mortalité maternelle pré-partum en République du Congo (2013–2015)," unpublished.
- [12] M. Formarier and L. Jovic, "Les concepts en sciences infirmières," in *Les concepts en sciences infirmières*. Paris, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 39–41, doi: 10.3917/arsi.forma.2012.01.0039.
- [13] M. K. Françoise, K. K. Aimé, M. T. Henri, and N. M. Abel, "Perception and experience of early motherhood by female victims in Lualaba Province," unpublished.
- [14] M. K. Zinvokpodo et al., "Aspects épidémiologiques et causes des décès maternels dans le département de la Donga de 2020 à 2024," *European Scientific Journal (ESJ)*, vol. 21, no. 21, p. 106, Jul. 2025, doi: 10.19044/esj.2025.v21n21p106.
- [15] World Health Organization (WHO), "Mortalité maternelle," Apr. 2025. [Online]. Available: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- [16] Ministère de la Santé Publique (MSP) and ICF, *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013–2014*. Kinshasa, DRC, 2013.
- [17] D. Barnes-Josiah, C. Myntti, and A. Augustin, "The 'three delays' as a framework for examining maternal mortality in Haiti," *Social Science & Medicine*, vol. 46, no. 8, pp. 981–993, Apr. 1998, doi: 10.1016/S0277-9536(97)10018-1.
- [18] K. K. Aimé et al., "Prévalence et risque fœto-maternel de la maternité précoce dans la province du Lualaba en République Démocratique du Congo," *International Journal of Multidisciplinary Current Research*, vol. 7, no. 3, Aug. 2019, doi: 10.14741/ijmcr/v.7.3.12.
- [19] C. Dupont et al., "Incidence, étiologies et facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum: Étude en population dans 106 maternités françaises," *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 43, no. 3, pp. 244–253, Mar. 2014, doi: 10.1016/j.jgyn.2013.05.003.
- [20] E. Petersen, N. L. Davis, and D. Goodman, "Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths—United States, 2007–2016," *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, pp. 762–765, 2019.
- [21] M. Platner, M. Loucks, M. Lindsay, and J. Ellis, "Pregnancy-associated deaths in rural, nonrural, and metropolitan areas of Georgia," *Obstetrics & Gynecology*, vol. 128, pp. 113–120, 2016.
- [22] J. Bronson and R. Reviere, "Pregnancy-associated deaths in Virginia due to homicides, suicides, and accidental overdoses compared with natural causes," *Violence Against Women*, vol. 23, pp. 1620–1637, 2017.
- [23] P. Foumane et al., "Étiologies de la mortalité maternelle à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé: Une série de 58 décès," *Health Sciences and Disease*, vol. 16, no. 3, Sep. 2015. [Online]. Available: [www.hsd-fmsb.org](http://www.hsd-fmsb.org)
- [24] J.-B. K. Mbeva et al., "Maternal death factors in hospital areas: A survey in six health districts in Eastern Democratic Republic of Congo," vol. 23, no. 4, 2018.
- [25] L. Say et al., "Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis," *The Lancet Global Health*, vol. 2, no. 6, pp. e323–e333, Jun. 2014, doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.