

Distribution spatiotemporelle et caractéristiques des décès maternels à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa, principal hôpital de référence de ville de Kinshasa en RD Congo de janvier 2018 à juin 2023

KIBONGE MUFUMBI Sage^{1*}, KIMBOKO MPESI Jeanine², KIBONGE, YAMFUMU³ BOMPANGUE NKOKO Didier⁴ and KAHINDO MUYAYALO Patrick⁵

¹MD, MSc [Master d'Ecologie des maladies infectieuses, Aléas naturels et gestion des risques ECOM-ALGER) à la faculté de médecine, Université de Kinshasa]

²MD, MPH, MSc2. Eco-Epidémiologiste [Master d'Ecologie des maladies infectieuses, Aléas naturels et gestion des risques ECOM-ALGER) à la faculté de médecine, Université de Kinshasa]

³Constantin MD [Médecin généraliste, épidémiologiste au programme nationale d'hygiène et frontière].

⁴MD, PhD [Professeur à l'Université de Kinshasa et Responsable pédagogique du Master d'Ecologie des maladies infectieuses, Aléas naturels et gestion des risques ECOM-ALGER) à la faculté de médecine, Université de Kinshasa].

⁵MD, PhD [Professeur à l'Université de Kinshasa, Faculté de médecine, Département de Gynécologie et Obstétrique]

Received 20 Sept 2024, Accepted 05 Oct 2024, Available online 06 Oct 2024, Vol.12 (Sept/Oct 2024 issue)

Abstract

Objective: The objective of this study was to describe the profile and spatiotemporal distribution of maternal death cases recorded at the Kinshasa Provincial General Reference Hospital (HPGRK), one of the main referral structures in Kinshasa, capital of the Democratic Republic of Congo (DRC).

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted at the HPGRK over a 5-year period, from January 2018 to June 2023. Sociodemographic and clinical variables were collected from maternal death review sheets. The spatial distribution of maternal death cases at the municipal level was carried out using thematic death maps produced using QGIS version 3.8 software. Frequencies and percentages were calculated for all qualitative variables and the mean and standard deviation for quantitative variables. All statistical analyses were performed using R version 4.4.1 software. and Excel.

Results: During this study, the maternal mortality rate was 2744.2 deaths per 100,000 live births. The year 2019 was the deadliest year with 4941.6 deaths per 100,000 live births and most of the deceased patients (28.2%) resided in the NGALIEMA commune. The majority of these patients were transferred (87%) for genital hemorrhage (42.1%). Direct obstetric causes of maternal death were the most incriminated (62%). Among these direct causes, hemorrhage (22.6%), pregnancy-induced hypertension (19.2%), and abortion complications (14.7%) were the most common.

Conclusion: The maternal mortality rate remains very high at HPGRK, despite the presence of qualified personnel. The year 2019 was the deadliest year and the vast majority of women who died were transferred patients and mainly resided in the commune of Ngaliema. Hemorrhages, pregnancy-induced hypertension, and abortion complications were the main causes of these deaths. A more balanced geographical distribution of secondary or tertiary health structures (with qualified personnel) could help reduce the number of maternal deaths in Kinshasa.

Keywords: Maternal Mortality, DRC, Kinshasa, HPGRK, Spatiotemporal distribution, commune.

Résumé

Objectif : L'objectif de la présente étude était de décrire le profil et la distribution spatiotemporelle des cas de décès maternels enregistrés à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK), l'une des principales structures de référence de Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo (RDC).

Méthode : Une étude descriptive transversale a été menée à l'HPGRK pendant une période de 5 ans, soit de janvier 2018 à juin 2023. Les variables sociodémographiques et cliniques ont été récoltées sur les fiches de revues de décès maternels. La distribution spatiale des cas de décès maternel à l'échelle des communes a été réalisée à l'aide des cartes thématiques des décès réalisés à l'aide du logiciel QGIS version 3.8. Les fréquences et les pourcentages ont été calculés pour toutes les variables qualitatives et la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 4.4.1. et Excel.

Résultats : Au cours de cette étude, le taux de mortalité maternel était de 2744,2 décès pour 100 000 naissances vivantes. L'année 2019 a été l'année la plus meurtrière avec 4941,6 décès pour 100.000 naissances vivantes et la plupart des patientes décédées (28,2%) résidaient la commune NGALIEMA. La majorité de ces patientes étaient transférés (87%)

pour hémorragie génitales (42,1%). Les causes obstétricales directes de décès maternels étaient les plus incriminées (62%). Parmi ces causes directes, les hémorragies (22, 6%), HTA gravidiques (19.2%), et complication d'avortement (14.7%) étaient les plus fréquentes.

Conclusion : Le taux de mortalité maternel demeure très élevé à l'HPGRK, malgré la présence d'un par un personnel qualifié. L'année 2019 a été l'année la plus meurtrière et la grande majorité des femmes décédées étaient des patientes transférées et résidaient essentiellement à la commune de Ngaliema. Les hémorragies, l'HTA gravidiques, et les complications d'avortements étaient les principales causes de ces décès. Une répartition géographique plus équilibrées des structures de sanitaire secondaires ou tertiaire (disposant d'un personnel qualifié) pourrait contribuer à réduire le nombre de décès maternel à Kinshasa.

Mots clé : Mortalité Maternel, R.D.C, Kinshasa, HPGRK, Distribution spatiotemporelle, commune.

Listes Abreviations

CIM : classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

CPN : Consultation prénatal

DHIS2 : District Health information softwares, système de gestion d'information sanitaire

DLM : direction de lutte contre les maladies

ECOM-ALGER : écologies des maladies infectieuses aléas naturels et risques

EDS : enquêtes démographiques de santé

FNUAP : fond de nation uni pour la population

HPGRK : Hôpital Provincial Général de Reference de Kinshasa (Ex Mama Yemo)

MAPEPI : maladies à potentiel épidémiologique

NV : naissance vivante

OAP : œdème aigu du poumon

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

PNSR : programme National de la Santé de reproduction

RDC : République Démocratique du Congo

SIMR : surveillance intègre de décès maternels

OSM : OpenStreetMap

SONU : soins obstétricaux et néonataux d'urgence

1. Introduction

La naissance d'un bébé devrait constituer la fin heureuse d'une grossesse, pour la mère et pour sa famille. Cependant, cette fonction physiologique de la reproduction porte non seulement pour la mère mais aussi pour son enfant, le risque de mourir ou de souffrir d'invalidités, plus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (1).

La mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'interruption, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle ni fortuite (2).

A ce jour, la mortalité maternelle atteint des niveaux inacceptables. Environ 287 000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement en 2020.

Près de 95 % des décès maternels, dont la plupart auraient pu être évités, sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2020. On estime qu'en 2020, environ 87 % (253 000) des décès maternels dans le monde sont survenus en Afrique subsaharienne (202 000, soit environ 70% des décès maternels) et en Asie du Sud (47 000, soit environ 16 % des décès) (3). Une étude antérieure a rapporté que 73% de décès maternels survenus entre 2003 et 2009 étaient liés principalement aux causes obstétricales directes (67,5%) (4). Alors que les décès consécutifs à des causes indirectes représentaient 27,5 % (4).

Face à ce drame, l'Organisation des Nations Unis (ONU) s'est engagée à améliorer la santé maternelle lors de l'adoption des Objectif du Développement Durable (ODD) en 2015. En effet, dans l'ODD3 « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être à tous les âges », la cible D'ici à 2030, de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes (5).

La République Démocratique du Congo (RDC) figure parmi les pays africains ayant un taux élevé de mortalité maternelle et où la santé de la mère demeure une préoccupation majeure. En 2021, la RDC a déploré 6.503 décès maternels (soit 2.664 dans les établissements des soins et 3.839 dans la communauté) dont 240 à Kinshasa, capitale de la RDC (6). Pourtant dans la capitale du pays, 92% des accouchements sont réalisés dans les structures de santé et 87% des accouchements sont assurés par du personnel qualifié (6).

L'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK, ex Mama Yemo), est le principal hôpital de référence de Kinshasa, cette mégapole de 100 millions d'habitants. En effet, c'est dans cet hôpital que les cas obstétricaux les plus graves sont transférées pour meilleure prise en charge (7). Cependant, les études évaluant les décès maternels à l'HPGRK sont rares. Afin de combler ce gap d'information et ainsi mieux appréhender la persistance de la d'une fréquence élevée des décès maternels à Kinshasa, il nous ai paru utile d'entreprendre la présente étude qui a pour objectif de décrire le profil et la distribution spatiotemporelle des cas de décès maternels enregistrés au sein de cette institution.

*Auteur correspondant ORCID ID: 0000-0000-0000-0000

DOI: <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.12.5.3>

2. Matériels Et Methodes

2.1. Site d'étude

HPGRK est un centre de soin de santé publique, avec 2 000 lits et 2 250 employés, situé dans la commune de Gombe à Kinshasa (RDC). Il est le plus grand hôpital public en RDC et cette institution hospitalière participe à la formation des étudiants en médecine et en sciences infirmières (8). L'hôpital occupe une superficie de 99 342,79 m² dont : 80 565,00 m² par les pavillons des malades (9).

2.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale rétrospective qui s'est déroulée sur une période 5 ans, allant de janvier 2018 à juin 2023.

2.3 Population d'étude

Notre échantillon est composé des femmes décédées dans le Département de Gynéco-obstétrique de l'HPGRK.

Critères d'inclusion : Nous avons sélectionné les décès maternels répondant à la définition du décès maternel selon l'OMS (10), et dont les dossiers (fiches ou revues des décès) contenaient les variables d'intérêt ou souhaitées : (i) La femme était enceinte quand elle est décédée ; (ii) le décès est survenu à l'accouchement ; (iii) ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse ou de l'accouchement ; (iv) décès dus aux complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Critères de non inclusion : Tout autres décès survenus de manière accidentelle ou fortuite ont été exclus. Tous les cas de décès maternels pour lesquels le dossier de patient n'était pas retrouvé ; les cas de décès dont les fiches ou revues de décès avaient plus 70 pourcents d'informations manquantes sur les variables d'intérêts.

2.4 Collecte et organisation des données

Pour obtenir les informations souhaitées, une revue documentaire ont été réalisée sur les fiches de consultations des décès maternels ainsi que celles des revues de décès maternels. La collecte des données a été orientée par une fiche d'enquête préétablie.

Collecte des données : Les fiches de consultation et revue de décès ont permis à l'investigateur principal de collecter les données sociodémographique et clinique permettant de constituer une base de données linéaire en vue de réaliser des analyses et de générer des résultats pouvant répondre aux objectifs de l'étude.

Les principales données recueillies étaient les variables sociodémographique (Profession, État civil, Niveau d'instruction, Commune de résidence), Et les paramètres

cliniques (Mode d'admission, transfert d'une structure sanitaire vers l'HPGRK, parité, gestité, avortement, CPN, causes de décès). Le Nombre de décès maternels et de naissances vivantes par années ont été utilisé pour calculer.

Organisation des données : Les informations sur les variables en vue de déterminer le taux de décès maternel ont été fournies à HPGRK. Sur format dur les variables utilisés ont été : le nombre de décès maternels et le nombre de naissance vivante par année. Quant aux variables sociodémographiques, et les paramètres cliniques, ils ont été obtenus dans les fiches et revues de décès maternels disponible à HPGRK et ayant répondu aux critères de sélection de l'étude.

Les données collectées ont été saisies et nettoyées sur le logiciel Excel. Par ailleurs, nous avons recouru aux shapefiles des aires de santé et des communes de la ville de Kinshasa pour des fins d'analyse spatiale.

Considérations éthiques : Avant de débiter la collecte des données, une autorisation de recherche a été approuvée par le médecin directeur, le comité chargé de recherche dans service d'archivage du le Département de gynéco-obstétrique les données disponibles étaient uniquement celles décès maternels. Après remplissage, les fiches de collecte des données ont été gardées en sécurité sous clef jusqu'à la fin de la collecte des données par l'investigateur principal. Après que toutes les données aient été saisies et que le processus de nettoyage de la base de données soit achevé, tous les fiches de collecte ont été de nouveau gardées sous clef et seront détruites après cinq ans. Le contrôle de qualité des données a été effectué au Master par les encadreurs rapprochés afin de détecter les erreurs commises pendant le remplissage de la base pouvant contrecarrer les analyses. Tous paramètres ont été regroupés et organiser, les données dans la base soumis au ainsi au nettoyage. Les informations obtenues sont publiées de manière anonyme.

2.5 Définitions opérationnelles

Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ;

Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse (11).

Le taux de mortalité maternelle est le rapport des décès maternels observés durant une année au nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100000 (12).

La naissance vivante est définie, comme la naissance d'un enfant né vivant et viable

2.6 Analyses des données

Les taux de mortalités maternels global et annuel ont été calculés à partir de la formule suivante :

$$\text{Taux de mortalité} = \frac{\text{Nombre de décès maternels}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} * 100000$$

La distribution spatiale des cas de décès maternel à l'échelle des communes a été réalisée à l'aide des cartes thématiques des décès annuels et global réalisées à l'aide du logiciel QGIS version 3.8.

Le profil sociodémographique des cas de décès maternel a été analysé à partir du calcul des moyennes et leurs écarts types pour les variables quantitatives ainsi que les fréquences et les pourcentages pour les variables qualitatives. La médiane a été utilisée pour les variables dont les mesures autour de la moyenne ont eu une dispersion importante.

Le profil clinique des cas de décès maternel a été analysé à partir du calcul des fréquences et des pourcentages.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 4.4.1.

3. Resultats

3.1. Taux de mortalité maternel globale et annuelle

De janvier 2018 en mai 2023, 177 cas de décès maternels et 6450 naissances vivantes ont été enregistrés à l'HPGRK, soit un taux de mortalité maternel globale calculé à 2744,2 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La répartition annuelle de taux de taux de mortalité maternels est présentée dans la **Figure 1**.

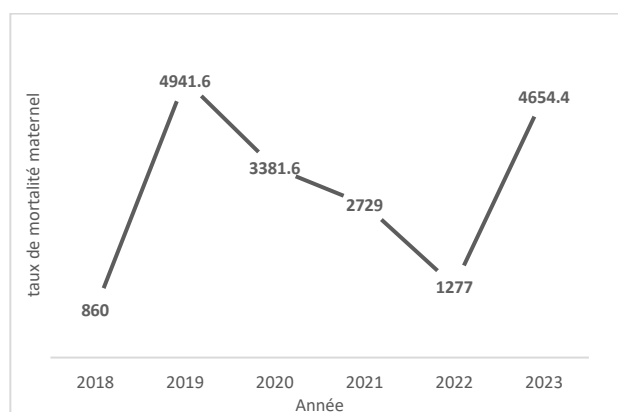


Figure 1 : Répartition annuelle de taux de taux de mortalité maternels

L'évolution annuelle de décès maternelle montre que l'année 2019 a été l'année la plus meurtrière avec 4941,6 décès pour 100.000 naissances vivantes. Le taux le plus

bas a été observé en 2018 (859,9 décès maternels pour 100.000 Nv) (**Figure 1**).

3.2. Distribution spatiale de décès maternel en fonction de leur commune de provenance

La **Figure 2** montre la distribution annuelle des décès en fonction des communes de résidences des patientes.

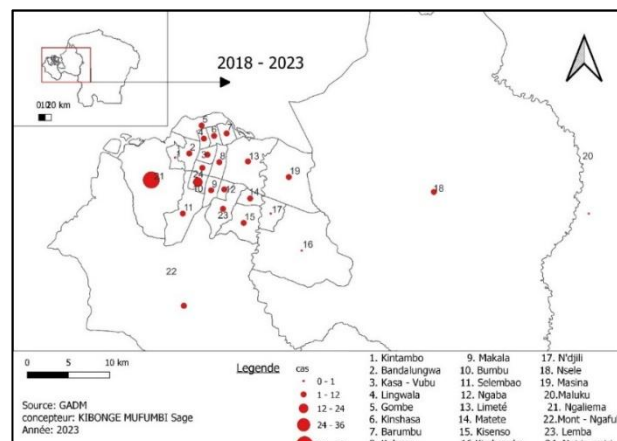


Figure 2: Situation globale des nombres de décès maternel en fonction de la commune de provenance.

Au cours de notre période d'études, la majorité des patientes décédées (50 cas, soit 28,2%) résidaient la commune NGALIEMA (**Figure 2**).

3.3. Profil socio démographique

3.3.1 Age et statut matrimonial

La répartition des décès maternel selon l'âge et le statut matrimonial des patientes décédées sont présentée dans la **Figure 3**.

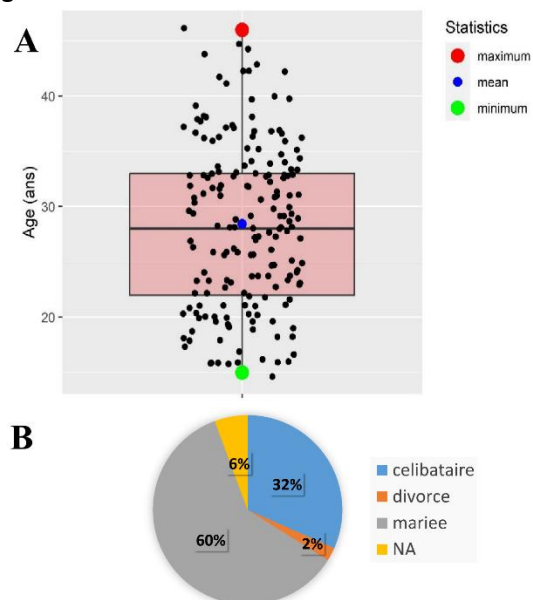


Figure 3: Répartition des décès maternels selon l'âge

L'âge moyen des décédés est de 28,7ans. La tranche d'âge la plus affectée était celle comprise entre 20 et 35 ans (**Figure 3A**). La majorité des femmes décédées (107/177, soit 60%) étaient mariés (**Figure 3B**).

3.3.2 Profession et niveau d'instruction de la défunte

La répartition des décès maternel selon la profession est présentée dans **Tableau 1**.

Tableau 1 : Répartition selon la Profession et le niveau de la défunte

	N (177)	%
Profession		
Élève/ Etudiante	15	8,4
Ménagère	142	80,3
Infirmière	6	3,4
Technicien labo	1	0,6
Kinesithérapeute	1	0,6
Couturière	5	2,8
Enseignante	2	1,1
Commerçante	5	2,8
Niveau d'instruction		
Sans instruction	1	0,6
Primaire	33	18,6
Secondaire	130	73,4
Supérieur	13	7,4
Total	177	100

La grande majorité des défunes (n=142, soit 80%) étaient des ménagères (**Tableau 1**). Concernant le niveau d'instruction 73% (n=130 cas) de décédée était au niveau secondaire par contre les sans instruit était faiblement représenté à 1% (**Tableau 1**).

3.4. Profil Clinique

3.4.1. Caractéristiques cliniques

La répartition des décès selon caractéristiques cliniques sont résumés dans le **Tableau 2**.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques

	N (177)	%
Mode d'admission	Décès	%
Non transférée	23	13,0
Transférée	154	87,0
Motif de consultation		
Accouchement	5	21,7
Hémorragie génital	15	65,2
Dyspnée	1	4,3
Fièvre	2	8,7
Parité		
Grande multipares	4	2
Multipares	17	10
Paucipares	111	63
Nullipares	45	25
Age de Grossesse	Décès	%

Premier trimestre	20	11,3
Deuxième trimestre	31	17,5
Troisième trimestre	116	65,5
Rien indiqué	10	5,6
Nombre de CPN		
Aucun	43	24
Une CPN suivie	4	2,3
Deux CPN suivies	35	19,8
Trois CPN suivies	63	35,6
Quatre CPN suivies	20	11,3
Cinq CPN suivies	5	2,8
Rien indiqué	7	4
Total	177	100

La plupart des décédées étaient transférés à 87,0% (23) (**Tableau 2**). La majorité des défunes non transférées, soit 65,2 %, ont consulté pour hémorragie génital (**Tableau 2**). La parité médiane était de 1. La plupart des décédées, soit 63% (n=111), étaient paucipares. Seulement 2% (4 décès) d'entre elles étaient de grandes multipares (**Tableau 2**).

Concernant l'âge gestationnel, 65%(n=116) des patientes décédées étaient au troisième trimestre. Alors qu'aucun décès n'est enregistré au premier trimestre (**Tableau 2**). Le nombre de CPN suivi en moyenne est 1,4. La plupart des femmes décédées, soit 35% (n=19,8 de décès), avaient suivi 3 CPN alors que 2,3% (n=4 décès) n'en avaient suivi qu'une fois (**Tableau 2**).

3.4.2. Motif de transfert

La **Figure 4** montre la répartition de décès maternels selon le motif de transfert

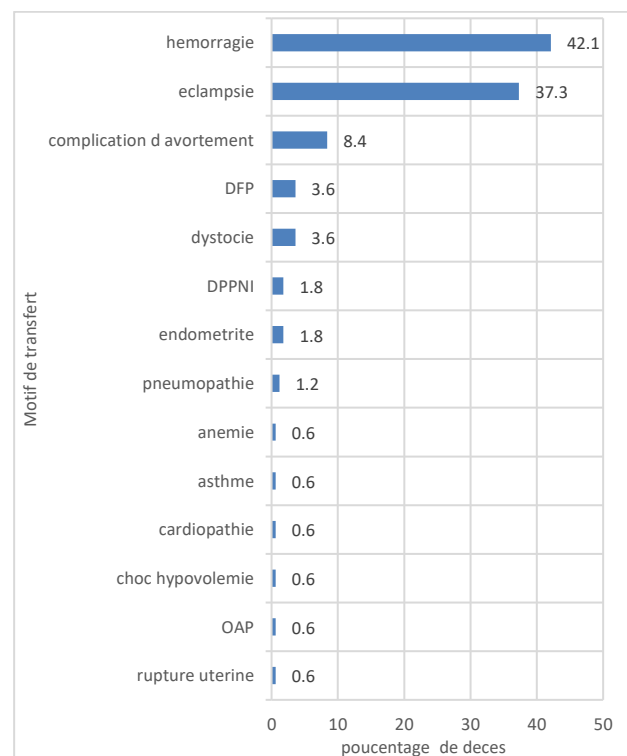


Figure 7. Répartitions de décès selon le motif de transfert

Concernant le motif de transfert, 42,1% (n = 70) des patientes décédées étaient transférées pour hémorragie génitales (**Figure 7**).

3.4.3. Causes de décès

Le **Tableau 3** repartit les décès maternels selon leurs causes. La majorité des décès, soit 62%, étaient dus à des causes obstétricales directes. Parmi ces causes directes, les hémorragies étaient les plus meurtrières en causant 22,6% (40/177) de l'ensemble de décès.

Tableau 3. Répartition des cas de Décès selon la cause du décès

Cause du Décès	N	%
Causes obstétricales directes	N= 110	62,1
- Hémorragies	40	22,6
- Complication avortement	26	14,7
- HTA gravidique	34	19,2
- Dystocie	10	5,6
Causes obstétricales indirectes	N= 67	37,9
- Paludisme	25	14
- VIH	5	2,8
- Crise asthme	8	4,5
- OAP	5	2,8
- Total	16	9
Rien indiqué	8	4,5
Total	177	100

Les hémorragies étaient suivies des HTA gravidiques (19,2%) et des complications d'avortement (14,7%). Les causes obstétricales indirectes ont entraîné 9 % des décès pour des causes enregistrées directes ; soit 22,6% d'hémorragie par contre 9 % (16/177) (**Tableau 3**).

3.4.4 Moment du décès

La répartition des défuntes en fonction du moment de l'accouchement est résumée dans le **Tableau 4**.

Tableau 4. Répartition des Cas de Décès selon le Moment de l'accouchement

Moment du Décès	Décès	%
Antepartum	33	18,6
Per partum	34	19,2
Post-partum	101	57,1
Rien indiqué	9	5,1
Total	177	100

La plupart des femmes décédées, soit 57%(n=101), étaient décédées dans le post partum (après l'accouchement) (**Tableau 4**).

4. Discussion

La présente étude a montré que le TMM dans la HPGRK atteint quatre chiffres soit 2744,2 décès pour 100 000 NV.

L'évolution annuelle de décès maternelle a montré un taux très élevé en 2019 (4941,6 décès maternels pour 100.000 NV). Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Raoul et al.** (13) et **Masirika et al.** (14) qui ont enregistré, un ratio de mortalité maternelle à quatre chiffres sur une période de 5 ans, soit respectivement 1173 ; (1380, 2391,1830) décès maternels pour 100000 NV. Cette différence pourrait se justifier du fait de la taille de l'échantillon de l'étude plus ou moins grande et de l'évolution décroissante des naissances vivantes le long de la période d'étude. En revanche, une observation en France, selon **Catherine Deneux** (15) montre un taux de mortalité maternelle ayant atteint largement le défi pour 2030 de l'objectif du développement durable, soit de 10,8 décès pour 100 000 NV. Cela pourrait se justifier par le fait d'une stratégie efficace basée sur la prévention des grossesses non désirées, l'accessibilité à la contraception à toute les femmes même les adolescentes, à des services d'avortement sécurisé dans le respect de la loi et à des soins de qualité après un avortement (3). Ce faible taux observé en France pourrait également s'expliquer par l'accessibilité aux soins de qualité pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement sous la supervision des professionnels de santé qualifiés (3).

Nous avons observé qu'au cours de notre période d'études, la majorité des patientes décédées provenaient de la commune NGALIEMA, suggérant une répartition géographique inégale des structures de sanitaire secondaires ou tertiaire à la hauteur de la prise en charge des urgences. Cette répartition géographique inégale traduit également un effet de proximité. En effet, les cas proviennent plus des centres de santé périphériques proches que lointains.

L'âge médian des décédées dans notre étude était de 28 ans et la tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 20 et 35 ans. Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude de **Masirika et al.** (14). En 2018, qui a rapporté un âge médian de soit 30 (26-46). Concernant les tranches d'âge les plus affectées, nos résultats diffèrent de l'étude de **d'Ousmane Touré** (16) qui avait affaire à une population dominée par des adolescentes d'âge < à 20 ans. Bien que les âges extrêmes (soit moins de 20 ans ou plus de 35 ans, faisant partie des « 4 Trop ») sont reconnues dans la littérature comme ayant tendance à recevoir des soins prénataux inadéquats (17), la tranche d'âge de 20 à 35 est celle où l'activité sexuelle est active et donc également exposée au risque de décès maternels.

Les décès maternels étaient majoritairement observés chez les femmes mariées, ménagères et de niveau d'étude secondaire. Cela est similaire à l'étude de **d'Ousmane Touré** (16), de **Keita et al** (18); ayant comparé les mariées et les non mariées souffrant psychologiquement. Cela pourrait s'expliquer du fait qu'elles veulent prouver leur pouvoir de fécondité tout en étant mariée et en couple et que l'absence d'un enfant est vue d'un mauvais œil car la conception est une finalisation du mariage (19).

Des différences ont été observées concernant la catégorie professionnelle. En effet, comme dans notre étude, les ménagères étaient plus atteintes dans celle de **Ousmane Touré** (16) tandis que les cultivatrices étaient majoritaires dans l'étude de **Jean bosco Kahindo** (10). Cette différence pourrait être due à la disparité entre le milieu rural et le milieu urbain. Néanmoins, les femmes ménagères dites femmes au foyer portent une dépendance totale à leur conjoint (20), ce qui pourrait entraîner un retard dans la décision de se rendre dans une structure sanitaire en de soin lorsque la nécessité l'oblige.

Pour le niveau d'étude, il convient de souligner des résultats contraires trouvés par **d'Ousmane Touré** (16), montrant plus de cas de décès chez les femmes peu instruites. La différence avec notre étude réside au niveau du milieu, et de l'importance que l'on accorde à l'instruction des femmes. Cela sous-entend la capacité dans l'intégration des connaissances des signes d'alarme, en vue de prévention de décès maternel.

La majorité des patientes décédées étaient transférées. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par **Keita** (19), Cela dénote des difficultés dans la prise en charge de qualité, où lorsque l'état d'un malade, constaté par un médecin ou un interne de l'établissement, « requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas » (21). Par ailleurs, cela pourrait être due à une dépendance des croyances, des habitudes et des pratiques du groupe auquel appartient l'individu (22). De plus, un espoir qui se nourrit de s'en sortir d'une situation très critique motiverait les femmes, les membres de famille ou la structure sanitaire a consulté ou de transférer vers une structure tertiaire.

Contrairement à **Ousmane Tauré** (16), chez qui les primigestes étaient les plus atteintes par les décès maternels, les paucipares étaient le plus concernées dans notre étude. Cela pourrait expliquer le grand désir d'agrandir le foyer ou d'une maternité des femmes ou du couple qui en veulent plus.

La majorité des décès maternels étaient observés chez les femmes qui avaient suivi les CPN. De même avec l'étude de **Mayela et al** (23). Cela s'expliquerait sur l'irrégularité aux des consultations, mais aussi la non intégration des instructions des médicale.

La majorité des femmes décédée avait suivi 3 fois le CPN alors que plus les CPN sont nombreuse et de bonne qualité permettra une mise en place rapide des mesure en vue de prévenir les risques et des complication pouvant entraîner le décès maternel (24).

Plus des patientes décédée dont la cause la plus citée était d'hémorragie était la plus citée il en est de même dans les études de **Mayela et al** ; et aussi de celle de **jean bosco Kahindo** (10,23). Cela expliquerait une mauvaise gestion de l'hémorragie chez les femmes enceintes mais aussi le manque de moyen financier car ils peuvent être évitables.

Conclusion

La mortalité maternelle demeure un problème de santé publique à travers le monde. Les résultats de cette étude démontrent combien la grossesse et l'accouchement constituent encore un grand risque pour la vie de la femme en RDC, et à Kinshasa en particulier. La plupart des décès enregistrés à l'HPGRK survenait chez les patientes référées par les établissements de soins de santé de toute la ville, et majoritairement de la commune de Ngaliema avec un pic de décès en 2019. Ceci met en évidence la nécessité d'une répartition géographique plus équilibrées des structures de sanitaire secondaires ou tertiaire à la hauteur de la prise en charge des urgences obstétricales.

References

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques : prévention des décès maternels, informations au service de l'action [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 11 juill 2024]. 123 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/194270>
- [2] Traoré M. Introduction. In: Dortonne JR, Dumont A, éditeurs. Audit des décès maternels dans les établissements de santé : Guide de mise en oeuvre [Internet]. Marseille: IRD Éditions; 2017 [cité 25 sept 2023]. p. 15-7. (Didactiques). Disponible sur: <http://books.openedition.org/irdeditions/9335>
- [3] Organisation mondiale de la Santé. Mortalité maternelle [Internet]. 2023 [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- [4] Say L, Chou D, Tunçalp Ö, Moller Ab, Daniels J, Am G, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global health [Internet]. juin 2014 [cité 7 déc 2023];2(6). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103301/>
- [5] ONU Femmes [Internet]. [cité 11 nov 2023]. ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>
- [6] De Brouwere V, Tonglet R, van Lerberghe W. La « Maternité sans Risque » dans les pays en développement: les leçons de l'histoire. Antwerpen: ITGPress; 1997. (Studies in Health Services Organisation & Policy; 6).
- [7] ROFAF. Congo-Kinshasa: Un pays où on risque la mort en donnant la vie [Internet]. 2012 [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <http://rofaf.org/index.php/actualites/775-congo-kinshasa-un-pays-ou-on-risque-la-mort-en-donnant-la-vie>
- [8] Wikipedia®. Hôpital général de Kinshasa — Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 11 nov 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_g%C3%A9n%C3%A9ral_de_Kinshasa
- [9] Memoire Online [Internet]. [cité 11 nov 2023]. Memoire Online - La gestion décentralisée d'un hopital public en RD Congo - Pardonne KALIBA MULANGA. Disponible sur: https://www.memoireonline.com/05/09/2071/m_La-gestion-decentralisee-d-un-hopital-public-en-RDC2.html
- [10] Jean-Bosco Kahindo Mbeva HK. facteurs_explicatifs_des_deces_maternels_en_milieu_hospitalier_une_etude_au_niveau_de_six_zones_de_sante_dans_lest_de_la_republique_democratique_du_congo.pdf. Copyright © 2018 ISSR Journals; 2018.

- [11] M.-H. Bouvier-Colle, F. Péquignot, E. Jouglu, F. Péquignot, E. Jouglu. Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquence, tendances et causes [Internet]. 2001 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <http://alcciago.free.fr/documents/mortamat.pdf>
- [12] L. Ejnes, A. Bafghi, A. Bongain. Impact de l'âge sur la M.M.pdf. 2003.
- [13] Raoul AS. Facteurs Associes Aux Deces Maternels A L'hôpital De Zone Saint Jean De Dieu De Tanguieta De 2015 A 2019. European Scientific Journal. 2021;
- [14] Masirika BI, Irengé BM, Birindwa EK, Obstétrique G, Traitant M. Analyse des facteurs Explicatifs des décès maternels intra hospitaliers dans la zone de Santé Rurale de Miti-Murhesa, RDC.
- [15] Catherine DENEUX-THARAUX,, Monica SAUCEDO. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. 2012 2010;
- [16] Ousmane Tauré D, Sogoba S, Monékata T, Traoré SA, Guindo B, Diarra B, et al. l'eclampsie dans le service de gyneco obstetrique de l'hôpital de sikasso a propos de 63 cas : aspects epidemiologiques et cliniques. 2022;03(28).
- [17] Nzaou SC. Facteurs à risque de mortalité maternelle au Congo. 2012;
- [18] Keita MFF. Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie. 2022; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5422>
- [19] Keita FF. Décès Maternel chez les patientes évacuées à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes sur une décennie [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2022 [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5422>
- [20] Schrimacher K. Le Travail Domestique Des Femmes: Son Évaluation Économique Et Sociale. Revue d'économie politique. 1904;18(5):353-79.
- [21] Transfert d'un malade vers un autre établissement de santé (Fiche technique) - APHP DAJDP [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/transfert-dun-malade-vers-un-autre-etablissement-de-sante-fiche-technique/>
- [22] Clotilde MAGNE. Memoire Online. 2012 [cité 9 nov 2023]. Memoire Online - Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural. Cas du CMA de Kongso Bafoussam III - Clotilde MAGNE. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/09/13/7368/Etude-des-facteurs-entravant-la-bonne-frequentation-des-structures-sanitaires-en-milieu-rural-Cas.html>
- [23] Maleya A, Kakudji YK, Mwazaz RM, Nsambi JB, Ngweji HI, Mukuku O, et al. Maternal and fetal outcomes of unattended pregnancies in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo.
- [24] OMS. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment [Internet]. [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>