

Facteurs associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de la Zone de Santé Rurale de Bunia, province de l'Ituri en République Démocratique du Congo

[Factors associated with maternal deaths at the General Referral Hospital of the Rural Health Zone of Bunia, Ituri province in the RD Congo]

Anzasiloko Tabo Chantal, Mimilyabo Sezabo Pascal, Dz'dhi Chavalire Elisee, Ngavele Issamba Clarisse, and Kambale Amani Etienne

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, Province de l'Ituri, RD Congo

Copyright © 2025 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The objective of this study is to determine factors that are directly and indirectly associated with maternal death. This is a quantitative study with a retrospective approach carried out on an exhaustive sample of 26 cases of death recorded at the General Referral Hospital of the Rural Health Zone of Bunia from January 2023 to July 2024 by the cross-sectional method supported by the documentary analysis of Antenatal records, partograms and maternal death review records. After analysis, it was observed that 23.1% of maternal deaths are linked to postpartum hemorrhage whose associated factors are direct and 57.7% of maternal deaths have unknown indirect associated factors.

Based on these results, it is observed that maternal death remains a problem in the rural health zone of Bunia, despite the multiple steps and actions taken to avoid or reduce it, we wish that the government, not only supports the General Referral Hospital of Bunia in its fight against maternal death by strengthening the health providers' capacity in the care of women but also, that women put into practice all the orientations offered to them during antenatal consultations.

KEYWORDS: associated factors, maternal death, General Referral Hospital.

RESUME: L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs associés directement et indirectement au décès maternel. Il s'agit d'une étude quantitative d'approche rétrospective réalisée sur un échantillon exhaustif de 26 cas de décès enregistrés à l'Hôpital Général de Référence de la Zone de Santé Rurale de Bunia de janvier 2023 à juillet 2024 par la méthode transversale soutenue par l'analyse documentaire des fiches de CPN, les partogrammes et les fiches de revue de décès maternel.

Après analyse, il s'est observé que 23,1% des décès maternel sont liés à l'hémorragie du postpartum comme cause associées directes et 57,7% de décès maternel sont des causes indirectes inconnues.

En fonction de ces résultats, il s'observe que le décès maternel reste encore un problème dans la zone de santé rurale de Bunia, malgré les multiples démarches pour l'éviter ou le réduire, nous souhaitons que le gouvernement accompagne l'Hôpital Général de Référence de Bunia dans les actions de la lutte contre le décès maternel en renforçant la capacité des prestataires dans la prise en charge des femmes. Mais aussi, que les femmes mettent en pratique toutes les orientations qui leur sont proposées pendant les consultations prénatales.

MOTS-CLEFS: facteurs associés, décès maternel, Hôpital Général de Référence.

1 INTRODUCTION

Chaque jour, 1600 femmes au moins meurent de complications de la grossesse ou de l'accouchement, ce qui représente plus d'un demi-million de décès chaque année. Le taux de décès maternel est mondialement reconnu comme indicateur de la qualité des soins et reflète le risque qu'encourent les mères pendant la grossesse et l'accouchement. Il est influencé par les conditions socioéconomiques, la nutrition, l'hygiène, la disponibilité et l'utilisation des équipements de soins de santé, y compris de soins prénatals et obstétricaux [1].

En Europe, la mortalité maternelle constitue un indicateur clé de la santé des femmes comme ailleurs. En 2020, environ 1 000 femmes sont décédées en raison de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement et dont les principales causes sont les hémorragies graves, la pré-éclampsie ou l'éclampsie, les affections préexistantes susceptibles de s'aggraver pendant la grossesse, les infections liées à la grossesse et les complications résultant d'avortements non médicalisés [2].

En Allemagne, certains facteurs sont liés au niveau d'instruction des ménages et de la communauté. On peut citer l'analphabétisme, l'ignorance des signes de danger de la grossesse par les femmes, les famines et les communautés, et l'insuffisance de sensibilisation sur la santé de la reproduction. On peut ajouter à cette catégorie les grossesses rapprochées (moins de deux ans entre les naissances) et le nombre élevé de grossesses (au-delà de sept). Certaines raisons sont liées à l'âge de la femme enceinte, comme lors des grossesses précoces (moins de 18 ans) ou des grossesses tardives (plus de 35 ans) [3].

En France, le taux de mortalité maternelle est plus élevé que la moyenne nationale dans les départements d'outre-mer (32,2 pour 100 000). Le risque maternel est dû à un certain nombre de facteurs dont le mauvais état sanitaire et nutritionnel des femmes caractérisé par l'obésité et les grossesses multiples. La grande majorité des grossesses et des accouchements se déroulent sans problème. Néanmoins, 97% des femmes sont unanimes à reconnaître que la grossesse est un moment particulier où il faut prendre particulièrement soin de soi et de l'enfant à venir. Toutefois, les soins en période post-partum sont particulièrement importants pour la santé de la mère et de l'enfant [4].

L'Asie représente environ 12% des décès maternels estimés dans le monde. Les décès maternels résultent de la combinaison de facteurs sociaux, de causes médicales et d'insuffisances des systèmes de santé qui entraînent la mortalité maternelle et néonatale. L'âge de la mère au dernier accouchement ainsi que la parité sont des éléments importants dans l'analyse de la mortalité maternelle [5].

En Afghanistan, le taux de décès maternel est actuellement de 400 pour 100 000 naissances vivantes, ce qui reste l'un des taux les plus élevés de la planète. Les causes génériques directes de ces décès sont les hémorragies, le travail prolongé, etc. et les causes indirectes sont la tuberculose et la malaria. On y ajoute le manque de connaissances et les traditions, constituant les principaux obstacles à l'accès des femmes aux services de santé reproductive. Par ailleurs, selon de nette source, le nombre de femmes décédées à la suite de complications obstétriques s'élève à 25 000 par an. Soit 1 femme toutes les 27 minutes [6].

En Afrique, le nombre de décès maternels est le plus élevé dans les pays où les femmes ont le moins de chances de bénéficier d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement, que ce soit une sage-femme, un médecin ou un autre professionnel de la santé bien formé. Selon des experts, le risque d'une femme, de mourir du fait de la grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 39. Cependant, ce risque de décès maternel est le plus élevé pour les filles âgées de moins de 15 ans. Toutefois, le niveau d'éducation s'avère également être un facteur essentiel de la santé d'une femme. L'éducation permet aux femmes de faire des choix informés et de rechercher des soins de santé appropriés. Un rapport de l'ONU révèle que les décès maternels en Afrique subsaharienne sont près de 50 fois plus élevés que dans toute autre région du monde [7].

En Mauritanie, 13 femmes meurent chaque semaine du fait d'une grossesse, de l'accouchement ou des suites de l'accouchement. En à croire, les facteurs qui entrent en cause sont du fait qu'il s'observe une insuffisance de personnel médical dans les régions, la faiblesse de la prise en charge des urgences obstétriques, les mentalités, etc. Les causes de la mortalité maternelle en Mauritanie par ailleurs sont multiples et elles se retrouvent dans ce que les médecins appellent les trois retards [8].

Le Tchad dispose en effet d'un taux de mortalité maternelle très élevé. Ce taux est de 860 décès pour 100 000 naissances vivantes et dont les causes sont multifactorielles. Ils sont causés directement par les hémorragies, les crises convulsives (éclampsies), les accouchements difficiles (dystocie), les complications d'avortements etc. et indirectement par l'anémie, le paludisme, le VIH et d'autres infections. Des sources renseignent que, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié au Tchad est aussi bas, estimé à 28% [9].

En République démocratique du Congo, plus de la moitié des décès maternels se produisent dans des régions instables et plongées dans des crises humanitaires. On estime à 225 adolescentes qui décèdent pour 1 000 cas de grossesses. Selon l'OMS,

les principales causes de décès regorgent même les hémorragies ou les infections après l'accouchement, l'hypertension pendant la grossesse, les avortements non médicalisés et les maladies associées, comme le paludisme et le VIH/sida. La RDC figure parmi les pays africains ayant un taux élevé de mortalité maternelle et où la santé de la mère demeure une préoccupation majeure [10].

En Ituri, la mortalité maternelle reste préoccupante selon que la Division Provinciale de la Santé (DPS) renseigne. Au moins 68 décès maternel sur 106 accouchements, soit une proportion de 64% sont survenus au cours d'une évaluation réalisée au cours de six mois (de janvier à juin 2023). Elle est due à plusieurs facteurs souvent intriqués dont la primiparité, la grande multiparité, les conditions socio-économiques défavorables, la démotivation des personnels de santé, le sous-équipement et le mauvais suivi sont des facteurs qui entraînent plusieurs femmes au décès maternel [11].

Au regard de ce qui précède, les questions suivantes ont été posées:

- Quels sont les facteurs directs associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia ?
- Quels sont les facteurs indirects associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia ?

Cette recherche a consisté à déterminer les facteurs de décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia.

2 METHODOLOGIE

Cette étude a été menée à l'Hôpital Général de Référence de la Zone de Santé Rurale de Bunia, Province de l'Ituri, Nord-Est de la République Démocratique du Congo.

L'étude du type quantitatif exploratoire, d'approche rétrospective a été réalisée grâce à la méthode transversale soutenue par l'analyse documentaire des fiches de CPN, les partogrammes et les fiches de revue de décès maternel. Les différents éléments recueillis ont été transcrits dans le protocole de récolte de données.

La population d'étude était constituée de toutes les femmes décédées à l'hôpital Général de Référence de Bunia suite aux problèmes liés à l'accouchement de janvier 2023 à juillet 2024. L'échantillon exhaustif de 26 cas de décès maternel enregistrés a été pris en compte.

Les variables d'étude retenues étaient les facteurs directs et les facteurs indirects associés au décès maternel.

Les données récoltées ont été dépouillées, codées et encodées manuellement dans un tri à plat en utilisant le logiciel Excel, ensuite transportés sur Word.

Les résultats obtenus ont été présentés sous forme de tableaux et analysés à l'aide de pourcentages.

3 RESULTATS

Les résultats de la présente étude sont repris dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous.

Tableau 1. Répartition des enquêtées selon les facteurs directs associés au décès maternel

Variables	N	HPP		Hémor. en perpartum		Éclampsie		Dystocie mécanique		Infections		Autres	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Age (ans)													
< 18	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19 – 24	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25 – 31	13	0	0,0	8	61,5	1	7,7	0	0,0	4	30,8	0	0,0
32 - 37	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0
> 37	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etat civil													
Marié	18	7	38,9	8	44,4	1	5,6	0	0,0	2	11,1	0	0,0
Célibataire	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Veuve	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
U.libre	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Inconnu	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niveau d'étude													
Aucun	10	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Primaire	6	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Secondaire	9	2	22,2	0	0,0	0	0,0	1	11,1	5	55,6	1	11,1
Universitaire	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Profession													
Ménagère	21	7	33,3	8	38,1	1	4,8	0	0,0	5	23,8	0	0,0
Fonct. d'Et	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Commerçant	3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Inconnu	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Parité													
1 – 3	7	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 – 7	12	0	0,0	8	66,7	1	8,3	0	0,0	3	25,0	0	0,0
> 7	7	3	42,8	0	0,0	0	0,0	1	14,3	2	28,6	1	14,3
Provenance													
HZ	15	7	46,7	8	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ZS	11	3	27,2	0	0,0	1	9,1	1	9,1	5	45,5	1	9,1
Etat de l'arrivé													
Bon	12	7	58,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mauvais	14	3	21,4	3	21,4	1	7,1	1	7,1	5	35,7	1	7,1
Surv. Perpartum													
Oui	16	7	43,7	8	50,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non	10	3	30,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	5	50,0	1	10,0
CPN													
Oui	10	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non	16	3	18,6	5	31,2	1	6,3	1	6,3	5	31,3	1	6,3
Nbre CPN													
0	16	7	43,8	8	50,0	1	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 – 2	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
3 - 4	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0
> 4	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Age de grossesse													
< 20 S.A.	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 - 28 S.A.	7	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
29 - 37 S.A.	7	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 38	11	3	27,3	0	0,0	1	9,1	1	9,1	5	45,4	1	9,1
Total	26	10	38,5	8	30,8	1	3,8	1	3,8	5	19,2	1	3,8

Il ressort de ce tableau que l'Hémorragie post partum (HPP) est le facteur associé directement au décès maternel dans la plupart des cas, soit 38,5% des cas. Ceci s'observe surtout chez les enquêtées âgées de moins de 18 à 24 ans et chez celles de plus de 37 ans (100%), Etat civil inconnu (100%), niveau d'étude universitaire (100%), profession inconnue (100%), parité 1-3 (100%), provenance HZ (46,7%), état de l'arrivé bon (58,3%), surveillance partogramme (43,8%), suivi la CPN (70%), nombre de CPN plus de 4 (100%) et dont l'âge de grossesse de 20 semaine d'aménorrhée (S.A) (100%).

Tableau 2. Répartition des enquêtées selon les facteurs indirects associés au décès maternel

Variables	N	Anémie		Paludisme		HTA		Autres		Inconnu	
		F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Age (ans)											
< 18	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19 – 24	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25 – 31	13	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	15,4	10	76,9
32 – 37	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
> 37	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Etat civil											
Marié	18	7	38,9	1	5,6	0	0,0	2	11,1	8	44,4
Célibataire	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Veuve	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
U. libre	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Inconnu	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Niveau d'étude											
Aucun	10	7	70,0	1	10,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0
Primaire	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0
Secondaire	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0
Universitaire	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Profession											
Ménagère	21	7	33,3	1	4,8	0	0,0	2	9,5	11	52,4
Fonct. d'Et	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Commerçant	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Inconnu	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Parité											
1 – 3	7	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 – 7	12	0	0,0	1	8,3	0	0,0	2	16,7	9	75,0
> 7	7	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	6	85,7
Provenance											
HZ	15	7	46,7	1	6,7	0	0,0	2	13,3	5	33,3
ZS	11	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	10	90,9
Etat de l'arrivé	26	7	26,9	1	3,8	1	3,8	2	7,7	15	57,7
Bon	12	7	58,3	1	8,3	0	0,0	2	16,7	2	16,7
Mauvais	14	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	13	92,9
Surv. Perpartum											
Oui	16	7	43,7	1	6,3	0	0,0	2	12,5	6	37,5
Non	10	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	9	90,0
CPN											
Oui	10	7	70,0	1	10,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0
Non	16	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	15	93,7
Nbre CPN											
0	16	7	43,7	1	6,3	0	0,0	2	12,5	6	37,5
1 – 2	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
3 – 4	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
> 4	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Age de grossesse											

< 20 S.A.	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 - 28 S.A.	7	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
29 - 37 S.A.	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	5	71,4
≥ 38 S.A	11	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	10	90,9
Total	26	7	26,9	1	3,8	1	3,8	2	7,7	15	57,7

Selon ce tableau, 57,7% de décès maternel sont associés indirectement aux facteurs inconnus. Cela s'observe respectivement à 100% chez les enquêtées âgées de 32 - 37 ans, chez les célibataires, les veuves, l'union de fait, celles des niveaux d'étude primaire et secondaire, les fonctionnaires de l'Etat et commerçantes; 85,7% de parité > 7; 90,9% provenant de la Zone de Santé Rurale de Bunia; 92,9% dont l'état d'arrivée était mauvais; 90,0% non surveillé; 93,7% sans notion de CPN; 100% chez celles dont le nombre de CPN varie de 1 – 4 et enfin 90,9% chez celles dont l'âge de grossesse est ≥ 38 S.A

4 DISCUSSION

En considérant les facteurs directs associés au décès maternel, il a été constaté que l'hémorragie du post partum est le principal facteur direct de décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia soit 38,5% des cas. Ceci s'est observé chez les enquêtées âgées de moins de 18 à 24 ans et chez celles de plus de 37 ans (100%), Etat civil inconnu (100%), niveau d'étude universitaire (100%), profession inconnue (100%), parité 1 – 3 (100%), provenance HZ (46,7%), état de l'arrivée bon (58,3%), surveillance partogramme (43,8%), suivi la CPN (70%), nombre de CPN plus de 4 (100%) et dont l'âge de grossesse de 20 S.A. (100%).

La même observation a été faite par l'auteur [12] à l'île de la Réunion où 39% de décès maternel était lié directement à la fragilité des femmes due aux grossesses nombreuses et rapprochées. Ce qui se traduit scientifiquement par HHP. En Afghanistan, 56% des femmes étaient décédées dans les premières 24 heures à cause de l'hémorragie pathologique par un utérus non tonique [13]. Et aussi en Afrique, 63,4% des cas de décès maternel sont également associés aux hémorragies par utérus non tonique [7].

Les résultats de la présente étude contredisent ceux de l'auteur [14] en Afrique de l'Ouest où la plupart de décès maternel était fréquent suite au césarienne sur des utérus cicatriciels (17,4%) mais aussi, 62,2% des cas étaient survenus après les césariennes qui s'étaient compliquées à des hémorragies non prise en charge urgemment à la Maternité de Befelatanana à Madagascar [15].

Quant aux facteurs indirects associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia, il s'est observé que 57,7% de décès maternel sont associés aux facteurs indirects inconnus. Et cela, était plus constaté chez les enquêtées âgées de 32 - 37 ans (100%), n'ayant pas suivi la CPN (93,8%), des niveaux d'études primaires et secondaires (100%) et provenant de Z.S.R de Bunia (90,9%).

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par les auteurs [16] et [17] à Kinshasa où les facteurs indirects de décès maternel enregistré étaient non élucidés chez la plupart des femmes.

Les résultats de la présente étude coïncident également avec ceux de l'auteur [18] au Sud Kivu où 26% de décès maternel n'avaient pas des facteurs indirects bien éclaircis.

Par ailleurs, ces constats sont à l'encontre des résultats escomptés par l'auteur [7] au Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry où une consultation prénatale tardive et l'accouchement à domicile sont des facteurs conduisant indirectement au décès maternel chez la plupart des femmes (31%). En plus, l'obésité, l'âge maternel croissant, le diabète et le tabagisme sont des facteurs indirects favorisant le décès maternel en Afghanistan [6]. On enregistre également le manque de produits sanguins, le déficit en personnels qualifiés, l'absence de services de réanimation et d'unités de soins intensifs comme étant des principaux facteurs associés indirectement au décès maternel [19]

Les résultats de la présente étude s'expliquent par le fait que les facteurs directs et indirects de décès maternel sont multifactoriels, car d'une part, les femmes elles-mêmes n'observent pas les normes telles que apprises durant les consultations prénatales et d'autre part, le personnel n'assure pas des évaluations rigoureuses pour épargner ces femmes de dangers.

5 CONCLUSION

Ce travail a porté sur les facteurs associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de la Zone de Santé Rurale de Bunia.

L'objectif visé par cette étude était de déterminer les facteurs associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de la Zone de Santé Rurale de Bunia.

Pour y parvenir, deux questions ont été posées:

- Quels sont les facteurs directs associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia ?
- Quels sont les facteurs indirects associés au décès maternel à l'Hôpital Général de Référence de Bunia ?

En menant cette étude, les hypothèses émises étaient que 50% des facteurs associés directement au décès maternel est l'hémorragie du post partum et 50% des facteurs associés indirectement au décès maternel est l'anémie.

Etant du type quantitatif exploratoire, d'approche rétrospective, cette étude a été réalisée sur un échantillon exhaustif de 26 cas décès, grâce à la méthode transversale soutenue par l'analyse documentaire des fiches de CPN, les partogrammes et les fiches de revue de décès maternel.

Après analyse et traitement des données, les résultats suivants ont été escomptés:

- L'hémorragie du post partum est le principal facteur direct associé au décès maternel chez 38,5% des cas.
- Les facteurs inconnus sont indirectement associés à 57,7% cas de décès maternel.

Après avoir examiné ces résultats, les observations confirment la première hypothèse et infirment la seconde. Par conséquent, nous souhaitons recommander que le gouvernement accompagne l'Hôpital Général de Référence de Bunia dans les actions de la lutte contre le décès maternel en renforçant la capacité des prestataires dans la prise en charge des femmes. Mais aussi, que les femmes mettent en pratique toutes les orientations qui leur sont proposées pendant les consultations prénatales.

REFERENCES

- [1] OMS, 2020, Un nouveau rapport met en avant une stagnation des taux de mortalité maternelle dans plusieurs pays d'Europe malgré les progrès récents, <https://www.who.int/europe/fr/news/item/01-03-2023-maternal-mortality-rates-stagnate-in-some-countries-in-europe-despite-recent-progress--new-data-warn>.
- [2] KLUGE, 2023, *Le défi de la mortalité maternelle au Tchad* <https://reports.unocha.org/fr/country/chad/card/4NCbLUvYvd/>.
- [3] UNFPA, 2012, *Les facteurs sociaux déterminant la mortalité et l'invalidité maternelles*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>
- [4] MESSAOUDI, 2013, *La Mauritanie a toujours un taux de mortalité maternelle élevé*, <https://www.voaafrique.com/a/la-mauritanie-a-toujours-un-taux-de-mortalite-maternelle-extremement-eleve/3321868.html>.
- [5] YINGER, 2012, *How are the income group thresholds determined*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/topics/19280-country-classification> (Consulté le 14 juin 2024).
- [6] UNFPA, 2015, *En Afghanistan, les sages-femmes contribuent à la réduction du taux très élevé de mortalité maternelle*, <https://www.unfpa.org/fr/news/en-afghanistan-les-sages-femmes-contribuent-la-reduction-du-taux-tres-eleve-de-mortalite>.
- [7] IGHOBOR, 2014, « Césarienne: facteur de Réduction de Morbidité et de mortalité foeto-maternelle au Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée) » *Méd d'Afrique noire*. 2010; Vol. 45 (6): 359–364. [Google Scholar].
- [8] RANSOM, 2012, *La mortalité maternelle en Mauritanie se situe autour de 582/100.000 naissances vivantes*, <http://www.portail-humanitaire.org/news/mortalite-maternelle-mauritanie-se-situe-autour-de-582100-000-naissances-vivantes/>.
- [9] EDS/MICS, 2015, *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis*. *Lancet Glob Health*. 2016 Feb; 4 (2): e98-e108. doi: 10.1016/S2214-109X (15) 00275-2.
- [10] UNICEF, 2020, *Infectious and hemorrhagic complications of cesarean section, about 2200 procedures*. *Rev Fr Gynecol Obstet Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2015; Vol. 42 (6): 509-10. 9.
- [11] Rapport semestre 1, Division Provinciale de la Santé de la Province de l'Ituri, RDC, p.46-53, 2023.
- [12] DJEMILI S., 2015, *Étude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 34 Cah. 1 Paris Masson, p. 694-701.
- [13] BENHAMOU, 2019, *Mortalité maternelle en Afghanistan: le pays où les femmes meurent en donnant la vie*, <https://www.visapourlimage.com/festival/expositions/mortalite-maternelle-en-afghanistan-le-pays-ou-les-femmes-meurent-en-donnant-la-vie>.

- [14] OUEDRAOGO C., 2020, Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest: comment, combien et pourquoi ? *Gynecol Obstet Biol Reprod.* 31: p.80-89.
- [15] FENOMANANA M. et Al., 2019, Les facteurs de risque de mortalité par hémorragies du post-partum à la Maternité de Befelatanana - CHU Antananarivo - Madagascar. *Revue d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence* (July-August). 1 (3): p.4-7.
- [16] MAMBU T., KAYEMBE P. et Al., 2015, Les retards de recours et de soins à Kinshasa en cas de maladie sévère chez la femme en âge de procréer Résumé, *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, vol. 58 (3), p. pp 189–196.
- [17] KABALI E. et Al., 2016, Complications of childbirth and maternal deaths in Kinshasa hospitals: testimonies from women and their families. *BMC pregnancy and childbirth*, n° 11 (1), 29, 2016.
- [18] MBEVA et Al. en 2018, *L'évolution de la fréquence des césariennes dans les zones de santé du Sud Kivu*, <https://ripsec.org/ersp-ucb/evolution-de-frequence-cesariennes-zs-sud-kivu/> (Consulté le 1 juillet 2022).
- [19] NDIYE et Al., 2019, Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? OECD Health Policy Studies, Paris, Éditions OCDE, p278.