

B. KODIO, J.F. ETARD

Orstom/Population et Santé à Niakhar, B.P.1386. Dakar, Sénégal

Introduction : Le niveau de la mortalité maternelle est difficile à mesurer en raison de sa définition, mais aussi du fait que la plupart des grossesses en milieu rural dans les pays en développement se terminent à domicile. Récemment, dans le cadre de l'accélération des programmes de réduction de la mortalité maternelle, l'Unicef et l'OMS viennent de publier les estimations nationales pour 1990 en insistant sur les difficultés méthodologiques (choix des indicateurs, la validité des informations recueillies par autopsie verbale), et sur le coût de ces estimations. L'Afrique de l'Ouest connaît le niveau de mortalité maternelle le plus élevé au monde avec un ratio de mortalité maternelle (RMM) estimé à 700 décès maternels (DCM) pour 100000 naissances vivantes (nv). Il reste l'un des indicateurs de santé les plus « discriminants » entre les pays sous-développés et les pays développés. Pour mémoire, le RMM en Europe se situe aux alentours de 20/1 000 000 nv .

Objectifs : Mesurer le niveau de la mortalité maternelle, le risque cumulé de décéder de DCM avant la fin de la période de procréation ; et déterminer les causes de DCM.

Matériels et méthodes : L'étude que nous rapportons a été réalisée à partir des données issues du suivi de population de la zone d'étude de Niakhar sur la période allant de 1984-95. Elle a permis d'estimer le RMM et le risque (ou probabilité) cumulé de décéder de mort maternelle avant la fin de la période de procréation ($R_{(15-49)}$). Entre 1984-95, en moyenne 5 088 femmes âgées de 15-49 ans, et 275 décès ont été repérés et examinés. Parmi ces 275 décès, une procédure de validation des autopsies verbales par anamnèse clinique et par la description de l'histoire actuelle de la maladie (jugement sur la cause du décès) combinant plusieurs sources d'informations (famille, voisin, matrone et établissements de santé) a permis d'identifier 99 décès maternels, soit 36 %.

Résultats : Le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 688/100 000 nv. Ce ratio est équivalent à celui produit sur le site par Cantrelle entre 1963-65 (690/100 000) et inférieur à l'estimation de l'EDS-II, Sénégal, 1979-92 (510/1 000 000). Il se situe entre l'estimation nationale du Sénégal en 1989 (580-948/100 000) et celle produite en milieu rural en Moyenne Guinée (900/100 000) sur la période 1983-90 par Cantrelle et Garenne, 1991. L'indice synthétique de fécondité entre 1984-95 étant en moyenne de 7,7 et si on admet que le RMM approche le risque de DCM associé à chaque grossesse, le $R_{(15-49)}$ a été estimé entre 0,057 et 0,062 ; soit entre 1/18 et 1/16. L'estimation du RMM de 688 tend vraisemblablement à sous-estimer le niveau réel de la mortalité maternelle dans la mesure où elle ne tient pas compte des DCM tardifs persistants au-delà d'un an, consécutifs à des séquelles obstétricales conduisant au décès plusieurs années après la terminaison de la grossesse. Les causes de DCM ont été respectivement de 92 % et 8 % par causes obstétricales directes et indirectes. Les syndromes hémorragiques (hémorragies de la délivrance, décollement prématuré du placenta,...) et infectieux (septicémie, abcès du sein et pelvi-péritonite avec métastase,...) ont été responsables respectivement de 34,3 % et 25,2 % des décès. Les tableaux d'hypertension gravidique éclampsie, néphropathies,...) ont été observés dans 12,1 % ; et 5 % des décès étaient dus à des tableaux d'hépatopathie gravidique (stéatose, hémolyse, syndrome,...).

Kodio B., Etard Jean-François. (1997)

Mortalité maternelle dans un suivi longitudinal de population,
Niakhar, Sénégal, 1984-1995

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 45 (Suppl. 1),
C0022