Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Etude des décès maternels de 2023 à 2024 au centre de santé de référence de Koutiala au Mali

Study of Maternal Deaths from 2023 to 2024 at the Koutiala Referral Health Center in Mali

S Traore*[1], T Traore[2], B Tamboura[3], G Poda[4], O Sy[4], YD Sidibe[1], A Bocoum[4], S Fane[4], Y Traore[4], I Teguete[4], N Mounkoro[4]

Résumé

Contexte : La mortalité maternelle reste une préoccupation majeure de santé publique dans les pays en développement, particulièrement au Mali. L'identification des causes et des facteurs associés est cruciale pour renforcer la qualité des soins obstétricaux.

Objectif : Évaluer la fréquence, les causes et les facteurs associés aux décès maternels survenus au Centre de Santé de Référence de Koutiala entre 2023 et 2024.

Méthodologie : Une étude rétrospective descriptive et analytique a été menée sur la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024. Elle a inclus toutes les femmes décédées durant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse. Trente cas de décès ont été recensés parmi 8 728 naissances vivantes.

Résultats : Le taux de mortalité maternelle était de 344 pour 100 000 naissances vivantes. Les causes directes étaient majoritaires (87 %), principalement les hémorragies (56,7 %). Plus de la moitié des femmes (53,3 %) n'avaient pas bénéficié de consultation prénatale. La majorité étaient non scolarisées (90 %), ménagères (93,3 %) et grandes multipares (30 %). Les retards dans la décision de recours aux soins représentaient 40 % des cas.

Conclusion : Les décès maternels à Koutiala sont liés à des causes évitables. L'amélioration du suivi prénatal, du système de référence et de la prise en charge obstétricale est indispensable. Les résultats ainsi obtenus nécessitent une étude à grande échelle en vue d'estimer la pertinence de leurs généralisations dans la population globale.

Mots-clés : Mortalité maternelle, Hémorragie, Suivi prénatal.

Abstract

Background: Maternal mortality remains a major public health concern in developing countries, particularly in Mali. Identifying the causes and associated factors is crucial to improving the quality of obstetric care.

Objective: To assess the frequency, causes, and

contributing factors of maternal deaths at the Koutiala Referral Health Center from 2023 to 2024.

Methodology: A retrospective, descriptive, and analytical study was conducted from January 1, 2023, to December 31, 2024. It included all women who died during pregnancy, childbirth, or within 42 days postpartum. A total of 30 maternal deaths were recorded among 8,728 live births.

Results: The maternal mortality ratio was 344 per 100,000 live births. Direct obstetric causes accounted for 87% of the deaths, with hemorrhage being the leading cause (56.7%). Over half of the women (53.3%) had not attended any antenatal care. Most were housewives (93.3%), illiterate (90%), and grand multiparas (30%). The most common contributing delay was in the decision to seek care (40%).

Conclusion: Maternal deaths in Koutiala are largely linked to preventable causes. Strengthening antenatal care, improving the referral system, and ensuring timely and adequate obstetric management are critical to reducing maternal mortality. The results thus obtained require a large-scale study in order to assess the relevance of their generalizations to the overall population.

Keywords: Maternal mortality, Hemorrhage, Prenatal monitoring.

Introduction

Au cours des dernières décennies, malgré les efforts déployés à l'échelle mondiale, la mortalité maternelle demeure une préoccupation majeure de santé publique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Bien que des progrès significatifs aient été enregistrés depuis les années 1990 avec une baisse globale des taux de mortalité maternelle, ce phénomène persiste à des niveaux inacceptables dans de nombreuses régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne (Hill et al., 2018). [1]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019) [2], la mortalité maternelle est définie comme le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de celle-ci, indépendamment de la durée ou du lieu de la grossesse, pour des causes liées à la grossesse ou à sa prise en charge, à l'exclusion des causes accidentelles ou fortuites. L'OMS reconnaît également la mort maternelle tardive, qui survient entre 43 jours et 1 an après la fin de la grossesse, comme le précise la Classification internationale des maladies, 10e révision (CIM-10) (Saucedo et al., 2014) [3].

Entre 2000 et 2017, le taux mondial de mortalité maternelle a diminué de 342 à 211 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une réduction de près de 38 % (Hardy, 2022) [4]. Cependant, cette amélioration masque de fortes disparités régionales. En effet, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud concentrent à elles seules environ 85 % des décès maternels enregistrés dans le monde. Ces chiffres traduisent une inégalité frappante en matière d'accès aux soins obstétricaux de qualité.

Le risque de décès maternel au cours de la vie varie fortement selon les contextes socio-économiques : dans les pays à revenu élevé, ce risque est estimé à 1 sur 5 300, contre 1 sur 49 dans les pays à faible revenu (OMS, 2024) [5]. Cette situation a conduit la communauté internationale à inscrire la réduction de la mortalité maternelle parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 5A) en 2000, puis à l'intégrer aux Objectifs de Développement Durable (ODD 2030), avec pour ambition de ramener le taux mondial en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes (PNUD, 2016) [6].

L'OMS estime que 99 % des décès maternels surviennent dans les pays en développement, où le taux de mortalité maternelle est jusqu'à 40 fois plus élevé que dans les pays industrialisés (OMS, 2015) [7]. Par exemple, au Burkina Faso, on dénombrait 330 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (INSD, 2018) [8].

Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS VI, 2018), le taux était de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le pays s'est fixé comme objectif de réduire ce taux à 146 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2023 (CPS/SSDS-PF, 2014-

2023) [9].

La majorité des décès maternels sont évitables, car les interventions nécessaires pour prévenir ou traiter les complications obstétricales sont bien connues. Un accès universel à des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale est essentiel pour améliorer la survie maternelle. La présence de personnel de santé qualifié au moment de l'accouchement est un facteur déterminant, car elle peut faire la différence entre la vie et la mort pour les femmes et leurs nouveau-nés (OMS, 2024) [5].

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective et analytique, portant sur les décès maternels survenus à la maternité du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Koutiala sur une période de deux ans, de janvier 2023 à décembre 2024. La population cible de notre étude comprenait toutes les femmes admises en service d'obstétrique au CSRéf de Koutiala, pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de celle-ci, conformément à la définition de la mortalité maternelle donnée par l'OMS. L'échantillonnage a été exhaustif : Trente (30) cas qui répondent aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. Les critères d 'inclusion étaient : Les femmes décédées pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou l'issue (naissance vivante ou mort-né). Les décès survenus au sein du Centre de Santé de Référence de Koutiala. N'étaient pas inclues dans l'étude : Les femmes décédées au-delà de 42 jours après la fin de la grossesse ; les décès liés à des causes accidentelles ou non associées à la grossesse et les décès survenus en dehors du CSRéf de Koutiala. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 25. Une analyse descriptive a été faite pour calculer la moyenne, les fréquences et les pourcentages.

Une analyse avancée a été faite en utilisant au besoin les tests de Khi2 ou de Fischer avec un seuil de 0,05%.

Résultats

Durant la période d'étude, un total de 8 728 naissances vivantes a été enregistré, parmi lesquelles 30 décès maternels ont été recensés, correspondant à un taux de mortalité maternelle de 344 pour 100 000 naissances vivantes.

Environ 43,3% des patientes décédées avaient un âge compris entre 20 et 34 ans avec des extrêmes de 17 ans et 39 ans. L'âge moyen des patientes était de 28,40+- 7,793 ans. Environ 93,3% des patientes décédées étaient des femmes au foyer (ménagères). Environ 90% n'étaient pas scolarisées. L'évacuation était le mode d'admission le plus fréquent avec 56,7%. Et 53,3% des patientes décédées venaient des CSCom. La moto était le moyen de transport le plus utilisé par les patientes soit 60% Environ 10 % des patientes décédées avaient un antécédent médical d'hypertension artérielle. Environ 13,3% des patientes décédées avaient un antécédent de césarienne. Trente pour cent (30 %) des patientes étaient des grandes multipares. Environ 53,3% des patientes décédées n'avaient réalisée aucune consultation prénatale. L'hémorragie et la grande multipare étaient les facteurs de risque les plus fréquent à l'entrée avec respectivement : 40% et 16,7%. Environ 71,43% des patientes avaient accouché au centre de santé de référence. Et 53,6% avaient accouché par voie naturelle. 46,4 Les complications obstétricales directes représentaient 87% des causes de décès maternel. L'hémorragie obstétricale (Groupe 3), les infections maternelles (Groupe 4) et les désordres hypertensifs au cours de la grossesse (Groupe 2) étaient les groupes les plus concernés par le décès maternel selon la classification internationale des décès (CIM10). L'hémorragie était la principale cause obstétricale directe de décès maternel avec 56,7% L'œdème aiguë du poumon était la principale cause obstétricale indirecte de décès maternel. L'atonie utérine était la principale cause d'hémorragie de décès maternel. Environ 80% des décès étaient survenus dans le post-partum

Environ 57% des patientes étaient décédées avant

6 heures de temps après l'admission. Le premier retard représentait 40% Facteurs contributifs au décès maternel.

Les complications obstétricales directes étaient plus responsables de décès chez les femmes n'ayant pas réalisé de suivi de grossesse. P=0,037(Test Exact de Fisher : 6,809 ; p=0,037). Le tableau met en évidence une relation statistiquement significative entre le mode d'admission des patientes, leur provenance et le moyen de transport utilisé (P < 0,001). Il en ressort que les patientes venues d'elles-mêmes proviennent majoritairement du domicile et utilisent presque exclusivement la moto comme moyen de transport. En revanche, les patientes évacuées arrivent principalement de structures sanitaires (CSCom, maternité rurale, structures privées) et sont majoritairement transportées par ambulance.

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Effectifs (n=30)	Pourcentages (%)
Tranche d'âge		
≤ 19 ans	8	26,7
20 à 34 ans	13	43,3
≥ 35ans	9	30
Profession		
Ménagère	28	93,3
Fonctionnaire	1	3,3
Aide ménage	1	3,3
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	27	90,0
Niveau fondamental	2	6,7
Secondaire	1	3,3
Statut matrimonial		
Célibataire	1	3,3
Mariée	29	96,7

Tableau II : Répartition des patientes selon les informations à l'admission

Admission	Effectifs (n=30)	Pourcentages (%)
Mode d'admission		
Venue d'elle-même	13	43,3
Evacuation	17	56,7
Provenance		
CSCom	16	53,3
Maternité rurale	1	3,3
Structure privée	1	3,3
Domicile	12	40,0
Moyen de transport		
Ambulance	12	40,0
Moto	18	60,0

Tableau III : Répartition des patientes selon la classification internationale des maladies (CIM 10) :

Classification des décès selon CIM 10	Effectifs	Pourcentages (%)
Groupe 1 : Complications d'avortement	0	0
Groupe 2 : Désordres hypertensifs au cours de la grossesse	4	13,3
Groupe 3 : hémorragies obstétricales	17	56,7
Groupe 4 : Infections maternelles	5	16,7
Groupe 5 : Autres complications obstétricales	2	6,7
Groupe 6 : Complications imprévues lors de la prise en charge	1	3,3
Groupe 7 : Complications non obstétricales	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau IV : Relation entre le mode d'admission, la provenance et le moyen de transport utilisé :

Variables	Mode d'admission			
	Venue d'elle même	Evacuation	Total (n=30)	P value
Moyen de transport				
Ambulance	0(0%)	12 (40%)	12 (40%)	P<0,001
Moto	13(43,3%)	5(16,7%)	18 (60%)	
Provenance				
CSCom	1(3,3%)	15 (50%)	16(53,3%)	
Maternité rurale	0(0%)	1(3,3%)	1(3,3%)	P<0,001
Structure privée	0(0%)	1(3,3%)	1(3,3%)	
Domicile	12 (40,0%)	0	12 (40,0%)	

Discussion

Entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2024, soit une période de deux ans, notre service a enregistré 8 576 accouchements ayant abouti à 8 728 naissances vivantes. Au cours de cette même période, nous avons dénombré 30 décès maternels, ce qui correspond à un taux de mortalité maternelle de 344 pour 100 000 naissances vivantes.

Ce taux est supérieur à celui rapporté par (SZ Dao et al., 2022) [10], dans une étude menée au Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako, qui avait retrouvé un taux de 122 pour 100 000 naissances vivantes. En revanche, il reste inférieur à ceux rapportés dans d'autres pays africains. Ramazani et al. (2022) [11] ont documenté un taux de 620 décès pour 100 000 naissances vivantes dans l'est de la République Démocratique du Congo tandis que (Gertrude et al., 2023) [12] ont trouvé 570 pour 100 000 naissances vivantes en République centrafricaine. Diallo et al. [13] ont rapporté un taux de 862 pour 100 000 naissances vivantes au Centre Hospitalier Régional de Ourossogui, au Sénégal.

Cette étude a rapporté que l'âge moyen des patientes décédées était de 28,4± 7,8 ans, avec des extrêmes de 17 et 39 ans. L'âge moyen dans notre étude était comparable à ceux rapportés par (Dembélé et al. 2023) [14] à Sikasso et (Olamijulo et al., 2022) [15]

au Nigéria avec respectivement : 28±7,46 ans et 30,7 ± 5,9 ans.

La tranche d'âge de 20 et 34 ans était la plus représentée avec 43,3 % (N=30) des cas. Ce même constat était fait dans la même tranche d'âge avec (SZ Dao et al., 2022) [10] à Bamako et (Dembélé et al., 2023) [14] à Sikasso avec respectivement : 75% et 50%. Notre fréquence pourrait être due au fait que cette tranche d'âge représente la période la plus active de la vie sexuelle et reproductive.

La plupart des patientes décédées étaient des femmes au foyer, soit 93,3%. (Diallo et al., 2025) [13] au centre hospitalier régional de Ourossogui au Sénégal, avait trouvé cette même tendance avec 94 % de femmes au foyer. Notre résultat n'est guère surprenant. Selon (EDSM VII 2023- 2024) [16] 75,3% des femmes de 15 à 49 ans étaient mariées.

Dans cette étude, environ 90% des femmes n'étaient pas instruites. Notre fréquence est supérieure à celles rapportées par (SZ Dao et al., 2022) [10], (Dembélé et al., 2023) [14] et (Diallo et all., 2025) [13] avec respectivement : 63,9%, 65% et 70%. Selon (EDSM VII 2023- 2024) [16] un peu plus d'une femme sur deux (54 %) n'a aucun niveau d'instruction.

Environ 56,7% des femmes décédées étaient évacuées contre 43,3% venues d'elles-mêmes. Un peu plus de la moitié (53,3%) arrivait d'un Centre de santé communautaires (CSCom). L'ambulance du service était le moyen de transport utilisé dans 40% de cas contre 60% pour la moto. Ces constats pouvaient s'expliquer par une fragilisation du système de référence évacuation.

Durant la période d'étude les patientes décédées étaient de grandes multipares dans 30% des cas. Par contre selon la littérature (Ameyoi, 2023) [17] au Togo et (Leki et al. 2021) [18] avaient trouvés respectivement des fréquences de décès maternel chez les multipares de 33,7% et 77,8%.

Notre tendance pour les grandes multipares pourrait s'expliquer par la maternité précoce, la notion traditionnelle de procréation ancrée dans nos sociétés expliquant la grande multiparité et un fait important est qu'au Mali l'indice de fécondité est l'un des plus élevés.

La consultation prénatale est un élément important du suivi de la grossesse, car elle permet de détecter et de traiter les anomalies. Dans notre étude, 53,3% des femmes décédées n'avaient réalisé aucune consultation prénatale. Ce résultat est comparable à celui de (Gertrude Rose et al., 2023) [12] avec 53,06%. En revanche, (SZ Dao et al., 2022) [10] avaient trouvés que 80,6 % des femmes ont fréquenté les consultations prénatales.

L'hémorragie et la grande multipare étaient les facteurs de risque les plus fréquents identifiés dès l'admission avec respectivement 40% et 16,7%.

Le profil de décès maternel dans notre étude était le suivant : les femmes au foyer (93,3%), âgées de 20 à 34 ans (43,3%), non scolarisées (90%), de grandes multipares (33%), n'ayant pas réalisé de consultations prénatales (53,3%) et évacuées depuis une structure périphérique (56,7%).

Dans notre étude, la plupart des décès maternels étaient survenus après un accouchement par voie basse, 15 cas (53,6 %) tandis que 13 décès (46,4 %) étaient survenus après une césarienne. Cette même tendance était observée avec (Gertrude et al., 2023) [12] qui avaient trouvé 19 cas (63,33 %) pour l'accouchement par voie basse et 11 décès (36,66 %) pour la césarienne. Dans la série de (Diallo et al., 2025) [13], la proportion de césarienne chez les décès était de 64,9%. Notre fréquence pourrait s'expliquer par l'absence de service de réanimation, d'une mauvaise qualité de surveillance et de prise en charge dans le post-partum et les différents retards.

L'analyse de notre étude montre que les causes obstétricales directes représentaient 87 % contre 13 % pour les causes indirectes. Plusieurs études corroborent cette tendance. Ainsi (Sibraogo Kiemtoré et al., 2020) [19] au service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) avaient trouvés pour 58 % les causes obstétricales directes contre 42% pour les causes obstétricales indirectes. Également (Hien Dieudonné et al. 2024) [20] avaient trouvé 72,6 % des causes obstétricales directes contre 27,4%.

Dans notre série selon la classification internationale des maladies 10 (CIM 10), l'hémorragie obstétricale (Groupe 3), les infections maternelles (Groupe 4) et les désordres hypertensifs au cours de la grossesse (Groupe 2) étaient les groupes les plus concernés par le décès maternel. Selon (Foughali B et al., 2023) [21] au Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine, les hémorragies obstétricales (Groupe 3) et les complications hypertensives de la grossesse (Groupe 2) sont les premières causes de mortalité.

Dans notre série l'hémorragie était la principale cause directe de décès maternel avec 56,7%. Elle était dominée par la rupture utérine (16,7%), l'atonie utérine (20%), l'hématome rétroplacentaire (16,7%) et la déchirure cervicale (3,3%).

Notre fréquence était comparable à celles rapportées par (SZ Dao et al 2022) [10] : L'hémorragie était la première cause obstétricale directe (68,3%). Les principales causes d'hémorragie étaient : les hémorragies du post-partum par déchirures des parties molles (26,3%), la rupture utérine (21%) et le placenta preavia (21%) des cas.

L'hémorragie demeure dans notre contexte comme ailleurs une préoccupation majeure dans le décès maternel.

Durant la période d'étude, il y avait une prédominance de décès dans le post-partum soit 80% suivi de per-partum (16,7%) et enfin 3,3% en anté-partum. Cette même tendance était retrouvée avec (SZ Dao et al., 2022) [10] : 75% des décès étaient survenus dans le post-partum ; 16,7% en per-partum et 8,3% en anté-partum.

Notre fréquence dans le post-partum pourrait s'expliquer d'une part par une insuffisance dans la prise en charge des facteurs de risque de l'hémorragie, la difficulté de se procurer des produits sanguins et parfois la méconnaissance du diagnostic entraînant un retard d'évacuation.

L'œdème aigu du poumon (6,3%), l'anémie (3,3%), l'accident vasculaire cérébral (3,3%) et l'hépatite aiguë fulminante (3,3%) étaient les principales causes indirectes de décès maternel. Ceux-ci s'expliqueraient par le fait que le centre de santé de référence ne dispose pas de service de réanimation.

Le retard à la prise de décision à recourir aux soins de santé dans la communauté était retrouvé dans 40% décès maternels. Ceci pourrait s'expliquer par la méconnaissance des signes de danger, le manque de suivi de grossesse, une absence de pouvoir de décision des femmes, une insuffisance dans la mise en œuvre du plan d'accouchement et l'absence de fonctionnalité de la référence du niveau village vers le CSCom. Pour faire face à cette situation, il faut un suivi-évaluation périodique du système de référence/évacuation du village vers le centre de santé communautaire et de celui-ci vers le centre de santé de référence. De réaliser des mises en niveau et le mentorats in situ des prestataires des structures de santé impliquées dans la prise en charge des femmes enceintes.

Le retard à l'évacuation est retrouvé dans 36,7% des cas. Tidiane et al., (2021) [22] avaient retrouvé 11,49% de retard d'évacuation au CHU Gabriel Touré de Bamako. Ce qui pourrait s'expliquer par des difficultés d'accès des structures de santé périphériques et le faible recouvrement des cotes-parts de la référence évacuation. Une des solutions efficaces est de renforcer la capacité des prestataires de santé sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et l'organisation de la référence dans les meilleurs délais. Mais également une parfaite implication de la communauté dans le paiement des cotes-parts.

Le retard à la prise en charge était retrouvé dans 23,3% des cas. Notre fréquence est inférieure à celle de (Tidiane et al., 2021) [22] au CHU Gabriel Touré de Bamako avec 41,2%. Ceci pourrait s'expliquer par l'état critique des patientes dès l'admission, l'absence de service de réanimation des malades. Cette tendance pourrait être inversé en agissant sur le délai d'évacuation et une mise en place d'une unité de soins intensif.

L'une des stratégies efficaces de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle est la consultation prénatale (CPN) dans la mesure où elle permet un dépistage précoce des pathologies au cours de la grossesse et la référence à temps pour leur prise en

charge efficiente.

Dans notre étude, Il existait une association statistiquement significative entre la survenue des décès par complications obstétricales directes et l'absence de suivi de grossesse. Environ 53,3% des patientes décédées n'avaient pas effectué de consultation prénatale. (P=0,037). Notre fréquence est supérieure à celles rapportées par (SZ Dao et al., 2022) [10] au Centre de Santé de référence de la commune II de Bamako, par (Dembélé et al., 2023) au Centre de Santé de référence de Sikasso et (Tidiani et al 2021) [22] au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré, Mali avec respectivement : 19,4% ; 35% et 40%. Ces données alarmantes montrent que le défi sur la santé maternelle est permanant et qu'il y a encore beaucoup à faire dans notre contexte. Cette différence peut s'expliquer par : le faible niveau d'éducation ; les conditions socio-économiques défavorables ; et les insuffisances dans la planification et la réalisation des consultations prénatales en stratégie avancée par les équipes mobiles pour offrir les soins aux cibles éloignées. Pour améliorer le niveau de compréhension et d'adhésion de la communauté, il faut renforcer l'information et sa sensibilisation sur l'importance du suivi de la grossesse et le recours précoce aux soins de santé. Il existait une association statistiquement significative entre la survenue des décès et le mode d'admission. Le non-respect du circuit de la référence/évacuation (venue d'elle-même du domicile) était impliqué dans 40% des décès maternels (p<0,001).

Il existait une association statistiquement significative entre la survenue des décès maternels et le moyen de transport des patientes. Le transport non médicalisé des patientes (moto) était plus retrouvé chez les patientes décédées soit 43,3% (p<0,001).

Conclusion

Les décès maternels à Koutiala sont liés à des causes évitables. L'amélioration du suivi prénatal, du système de référence et de la prise en charge obstétricale est indispensable.

Les résultats ainsi obtenus nécessitent une étude à grande échelle en vue d'estimer la pertinence de leurs généralisations dans la population globale.

***Correspondance**

Seydou Traore

drseydou780@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Août 2026

1 : Service de gynécologie Obstétrique. Centre de santé de référence de Koutiala (Mali).
2 : Faculté des sciences de la santé (FSS) de Ségou (Mali)
3 : Service de gynécologie Obstétrique. Centre de santé de référence de Kolokani (Mali).
4 : Institut Supérieur Privé de Santé Publique (ISPSP), (Mali)
5 : Service de gynéco-obstétrique, CHU Gabriel Touré (Bamako-Mali)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Hill, K., Johnson P., Singh K., Amuzu-Pharin A., Kharki Y. (2018). Using Census Data to Measure Maternal Mortality: A Review of Recent Experience. Demographic. Demogr. Res, 39, 337-364.

[2] Organisation Mondiale de la Santé. (2019). Evolution de la mortalité maternelle 2000-2017 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies : Genève Repéré https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962

[3] Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Chantry AA, Le marche,Vadel A, Rey G, Deneux Tharaux

C. Pitfalls of national routine death statistics for maternal mortality study. Paediatr Perinat Epidemiol. 2014 Nov; 28(6):479_88.

[4] Hardy Zabatantou Louyindoula. Effets des dépenses publiques de santé sur la mortalité maternelle dans les pays de la CEMAC. Revue congolaise de gestion, N°34, Juil. – Déc. 2022

[5] Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle. Genève, OMS, 2024. Disponible sur le suivant https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

[6] Programmes des Nations Unies pour le développement. Des OMD au développement durable pour tous. New York : 2016

[7] Organisation Mondiale de la Santé. Tendances de la mortalité maternelle : 1991-2015 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation. 2015

[8] Institut National de la Statistique et de Démographie du Burkina Faso : Rapport national volontaire de mise en œuvre des objectifs de développement durable (2016-2018) du Burkina Faso

[9] Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille (CPS/SSDS-PF). Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023

[10] Seydou Z Dao, O Dao, BA Traoré, S Konaté, E Togo, K Sidibé et al. Mortalité maternelle au Centre de Santé de référence de la commune II de Bamako, Mali. Jaccr Africa 2022 ; 6(1) : 75-82 ; www.jaccrafrica.com

[11] Ramazani IB, Ntela SM, Ahouah M, Ishoso DK, Monique RT. Étude sur la mortalité maternelle dans l'est de la République démocratique du Congo. BMC Pregnancy Childbirth. 31 mai 2022; 22(1): 452. doi: 10.1186/s12884-022-04783-z. PMID: 35641954.

[12] Gertrude Rose De Lima Kogboma Wongo , Thibaut Boris Clavaire, Songo-Kette Gbekere , Rodrigue Herman Doyama-Woza , Siméon Matoulou-M'bala Wa-Ngogbe, Alida Koirokp, Sabrina Ouapou, Georges Trésor Gamache, Norbert Richard Ngbale, Abdoulaye Sepou. Déterminants de la mortalité maternelle au CHU de Bangui : République centrafricaine. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie > Vol. 13, n° 9, septembre 2023 DOI : 10.4236/ojog.2023.139123.

[13] DA Diallo, B Biaye, AD Dia, BM Ndjeunga, A Mbodji, MD Ndour, O Sarr, AA Diouf. Étude des déterminants des décès maternels au centre hospitalier régional de Ourossogui du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2022 (Sénégal).2025. Journal Africain des cas cliniques et revues. 2025 ; 9(2) : 258-266 ; www.jaccrafrica.com

[14] Dembélé Y, Traore S, Traore T, Fomba A ,Sidibé A, Traore D, Magassa T, Traore S , Cissé M, Sylla C,MaigaY ,Bocoum A, Fané S, Traore Y, Téguété I, Mounkoro N. Etude épidémiologique des décès maternels au centre de santé de référence (CSREF) de Sikasso, (Mali) 2025. Journal Africain des cas cliniques et revues. 2023 ; 7(2) : 59-66 ; www.jaccrafrica.com

[15] Joseph Ayodeji Olamijulo , Gbenga Olorunfemi , Halimat Osman : Prédicteurs et causes des décès maternels à l'hôpital dans les 120 heures suivant l'admission dans un hôpital tertiaire du sud-ouest du Nigeria : une étude de cohorte rétrospective. Journal de médecine postdoctorale du Niger. 2022 octobre-décembre ; 29(4) : 325-333. doi : 10.4103/npmj.npmj_180_22.

[16] Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) Bamako, Mali : Septième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VII) 2023–24. The DHS Program. ICF. Rockville, Maryland, USA. Juin 2024

[17] Ameyo Ayoko Ketevi, Bidilukinu Katende, Akila Bassowa, Komlan Alessi Andele, Baguilane Douaguibe, Dédé Régine Diane Ajavon, Abdoul Samadou Aboubakari, Koffi Akpadza (2023). Décès maternels après orientation et/

ou évacuation obstétricale vers la clinique de gynécologie obstétrique du Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio, Togo. DOI : 10.4236/arsci.2023.112004 .Progrès en sciences de la reproduction > Vol. 11, n° 2, mai 2023

[18] Leki T, Bosunga, K, Matumo, P, Kaghoma, A, Lukangi, D, et al. (2021) Aspects épidémio-cliniques des "Echappees belles" en gravido-puerperalite et décès maternel à Bunia. Revue Médicale des Grands Lacs, 12, 48-65.

[19] Sibraogo Kiemtoré, Komboigo Béwendin Evelyne, Simporé André , Zamané Hyacinthe , Kaboré Xavier , Zoundi Mikael , Touré Boubacar , Millogo Françoise , Thiéba Blandine. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO), Burkina Faso : à propos de 181 cas collectés du 1er janvier au 31 décembre 2016. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie > Vol. 10, n° 5, mai 2020. DOI : 10.4236/ojog.2020.1050065

[20] Hien Dieudonné, Ouédraogo Emmanuel, Naccarato Karim , Toé Rolande , Bouaré Sidy ,Yankéné Mamdata , Kaboré Vincent, Kain Dantola Paul, Ouédraogo Ali. Épidémiologie des décès maternels de 2017 à 2022 au service d'obstétrique et de gynécologie du CHU de Tengandogo, Burkina Faso. Journal ouvert d'obstétrique et de gynécologie > Vol. 14, n° 9, septembre 2024. DOI : 10.4236/ojog.2024.149106

[21] Foughali B, Lahmar M, Ouchtati M. Tendance de la mortalité maternelle au Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine entre 2012 et 2017. Annales Africaines de Médecine 2023 ; 16 (2) : e5079-e5087. https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.7

[22] T Traore, C Sylla, K Sidibé, A Sanogo, SZ Dao, A Sidibé, F Kané, S Fané, A Bah, SA Béye, Y Traoré, I Téguété. Mortalité maternelle et néonatale. Facteurs favorisant à propos de 110 cas au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré, Mali. Journal Africain des cas cliniques et revues. 2021 ; 5(4) : 193-200 ; www.jaccrafrica.com

Pour citer cet article :

S Traore, T Traore, B Tamboura, G Poda, O Sy, YD Sidibe et al. Etude des décès maternels de 2023 à 2024 au centre de santé de référence de Koutiala au Mali. Jaccr Africa 2026; 10(3): 39-48

https://doi.org/10.70065/26103.jaccrAfri.001L013108