

ة-يبراغمل اة-ي عم-جل ا ن الكسل ةس اردل

ASSOCIATION MAGHREBINE POUR L' ETUDE
DE LA POPULATION (A.M.E.P)

MORTALITE MATERNELLE
EN ALGERIE (1999)

par A. BOUISRI

**XXIVe Congrès Général de Population de l'UIESP
Salvador, Bahia, Brésil**

20 août au 24 août 2001

A.M.E.P- Section Algérie-8 &10 Rue des Moussebiline –ALGER

N° Fax 02 74 38 39

SECRETAIRE GENERAL . ABDELLAZIZ BOUISRI

**Siège Central : Institut National de la Statistique
RABAT (MAROC)**

*Tous mes remerciements à toute l'équipe de l'INSP et particulièrement aux docteurs: Dr
Abrouk, Dr Hanoune & Dr. Belhamri ainsi qu'à Mmes Souici et Bénia*

Juin 2001

Utilisation des données administratives comme approche méthodologique pour appréhender la mortalité maternelle en Algérie

INTRODUCTION

L'originalité de cette enquête, unique en son genre en Algérie et peut être dans les pays en voie de développement, peut servir de méthode d'approche pour appréhender un phénomène démographique en utilisant principalement les sources administratives de gestion comme l'Etat Civil et les structures de gestion sanitaires.

Les résultats statistiques élaborés et complets, tirés de cette démarche sont moins onéreux, plus fiables moyennant des supports normalisés et une formation adéquate. Cette démarche oblige par ailleurs les gestionnaires à rationaliser et à améliorer leur gestion quotidienne moyennant un renforcement minima d'équipements informatiques

C'est ainsi que, pour permettre le renforcement du programme de lutte contre la mortalité maternelle, une enquête basée sur le recensement de tous les décès des femmes en âge de procréer et l'identification dans ce cadre de tous les décès maternels, **a été réalisée du 1er janvier au 31 décembre 1999**, et permettra de disposer pour la première fois d'informations sur les causes de ces décès au niveau communal, cellule administrative de base (1541).

Certes la mortalité maternelle reste un phénomène difficilement mesurable en l'absence d'un système fiable de collecte des décès par cause. Cette enquête aura le mérite d'attirer l'attention des responsables à tous les niveaux, de réhabiliter ou de mettre en place un système local d'observation statistique permanent, pour peu que les conditions de gestion des structures concernées de la Santé et des Collectivités Locales, soient renforcées. Ce système d'information et de gestion, valable pour tout phénomène démographique ciblé, permettra de disposer d'informations fiables et régulières au niveau administratif de gestion le plus fin, (dans ce cas précis la commune) et au moindre coût.

Malgré les efforts consentis par le pays en matière de santé publique et plus particulièrement en santé maternelle (création de PMI, programme de planification familiale ...), la mortalité maternelle reste encore trop élevée.

Des enquêtes nationales menées par le Ministère de la Santé, situent le taux de mortalité maternelle à plus 200 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Une estimation de 1992 se référant à l'enquête sur la santé de la mère et de l'enfant, révèle un niveau de la mortalité maternelle de l'ordre de 215 pour 100.000 naissances vivantes.

Les statistiques hospitalières non représentatives de l'ensemble du pays observées sur des communes urbaines, donnaient pour la même année, une estimation de 80 pour 100.000 naissances vivantes.

L'enregistrement continu mis en place en 1994 par la Direction de la Prévention, dans une circonscription administrative dans les environs de la Capitale (ALGER), donne des chiffres nettement inférieurs, avec des taux aux alentours de 70 pour 100.000 naissances vivantes, (données non représentatives au niveau national).

Ces différences sont probablement dues au fait que l'enregistrement systématique des décès maternels n'existe qu'au niveau des maternités, ce qui occulte tous les décès survenant à domicile ou dans d'autres services (chirurgie, réanimation, médecine interne...).

Par extrapolation et en supposant stable le taux de couverture hospitalière observé en 1992, le niveau de la mortalité maternelle a été estimé pour l'ensemble du pays à 137/100.000 en 1998 dans le cadre du Comité National de la Population.

Signalons que les ratios de mortalité maternelle dans le monde, oscillent en effet entre 5 pour 100 000 naissances vivantes pour certains pays développés et atteint parfois les 1500 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays les plus démunis. **Ainsi l'Algérie se situe parmi les pays de niveau intermédiaire.**

Des enquêtes ponctuelles ont été menées, le plus souvent au niveau des Centres Hospitalo-Universitaires(CHU) et les causes de décès qui semblent ressortir sont les hémorragies du post-partum, les infections septicémiques, l'éclampsie et l'hématome rétro-placentaire, ces causes pourraient être évitées avec un minimum de moyens à travers une politique de santé préventive soutenue..

Par ailleurs, les certificats de décès ne permettent pas, à l'heure actuelle, de connaître le taux et les causes de la mortalité maternelle. Dans ce domaine des améliorations peuvent aboutir si une coordination réglementaire, permanente entre les structures de la santé et les services de l'Etat Civil. Les Ministères de tutelle peuvent faciliter et concrétiser cette amélioration en officialisant une nomenclature des décès et en obligeant les commis de l'Etat à ne pas négliger l'aspect information statistique..

Toutefois, eu égard aux potentialités du pays (réseau infrastructurel, ressources humaines, part des accouchements en milieu assisté qui frôle les 85%...), des gains pourraient être rapidement réalisés avec un réajustement des programmes de santé maternelle et périnatale.

Devant cette situation le Comité National de la Population (CNP) a inscrit dans son programme d'actions, une série d'études et d'enquêtes à réaliser par les différentes institutions publiques pour identifier et cibler les phénomènes démographiques et proposer entre autre une stratégie de prise en charge des femmes enceintes en vue de diminuer la mortalité maternelle.

C'est dans cette optique, que les Directions de Population et de Prévention, ont saisi l'Institut National de la Santé Publique (INSP) pour réaliser une enquête exhaustive sur la mortalité maternelle en 1999.

Ainsi ce travail initié, par l'Institut National de Santé Publique, s'est fait en collaboration avec les directions de la population et de la prévention du ministère de la santé, les différentes structures sanitaires, l'Office National des Statistiques, les experts de l'AMEP et les structures de l'Etat Civil du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités locales.

BUT DE L'ENQUETE

Identifier les causes de mortalité maternelle afin de mettre en place un programme de lutte contre cette mortalité.

OBJECTIFS

- 1/ Déterminer le taux de mortalité maternelle.
- 2/ Identifier les causes de décès maternels.
- 3/ Identifier les facteurs de risque liés à ces causes.
- 4/ Présenter les données les plus fiables possibles en vue de mettre en place une stratégie de prise en charge des femmes enceintes dans le but de diminuer la mortalité maternelle.

ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Il s'agit d'une étude exhaustive qui a porté sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui sont décédées durant l'enquête entre le 1er Janvier 1999 et le 31 Décembre 1999 inclus.

A partir des décès recensés au niveau de l'état civil, une étude complémentaire a été menée pour déterminer s'il s'agit d'un décès maternel ou non.

On définit le décès maternel comme le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse, ou dans les 42 jours après l'interruption de la grossesse, quels que soient la durée ou le site de la grossesse, et lorsque la cause est liée ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, hormis toute cause accidentelle ou fortuite.

Pour mener à terme cette enquête, un groupe pluridisciplinaire (INSP, ONS, AMEP, experts obstétriciens) a été chargé de l'organisation et du déroulement de l'enquête, du traitement et de l'analyse des données.

METHODE

Cette étude sera menée à plusieurs niveaux :

- état civil
- structures de santé
- domicile

1 Au niveau de l'état civil

Une circulaire n° 29/98 du 10 novembre 1998 du Ministre de l'Intérieur et des Collectivités Locales et de l'Environnement a été adressée à l'ensemble des Présidents des Assemblées Communales Populaires pour aider et faciliter la réalisation de cette enquête d'utilité publique inscrite au secrétariat technique du Conseil National des Statistiques(CNS)

Toutes les communes ont été concernées (1541). Au niveau du service d'Etat Civil, une personne a été responsabilisée pour effectuer l'enregistrement de tous les décès de femmes en âge de procréer déclarés au niveau de la commune. Cet enregistrement s'est fait au fur et à mesure sur un support prévu à cet effet (fiche n°1)

La fiche N°1 est établie au niveau du bureau d'Etat Civil par l'agent responsable de la tenue des registres, fonctionnaire de la collectivité locale, chaque fois qu'un décès de femmes en âge de procréer (15-49 ans) est déclaré.

Cependant, il a été constaté que des décès féminins ont été omis au niveau de l'Etat Civil qui ont été constatés soit au niveau des structures sanitaires soit par pur hasard en faisant un "ratissage" dans la commune durant toute l'année d'enquête particulièrement dans le sud. En fait il s'agit d'un enregistrement en dehors du lieu de décès et qui est recensé au niveau de la structure de la santé.

Le préposé au lieu de confirmer lui même l'enregistrement auprès des services de l'Etat Civil où se trouve la structure de la santé, confie par négligence, les documents certifiant le décès et le livret de famille à un membre de la famille de la défunte, qui pour des raisons de

commodités inscrit le décès au lieu de résidence de la défunte et non au lieu où est intervenu le décès. (Lieu de résidence souvent différent du lieu où a lieu le décès)..

Une fois par semaine (ou dans certains cas comme le Sud en fonction de la disponibilité des véhicules, une fois par mois), l'enquêteur récupère les supports remplis à l'état civil et mène une enquête complémentaire à l'hôpital ou au domicile en fonction du lieu de décès.

A partir du lieu de décès mentionné sur la fiche, l'enquêteur se rendait soit au domicile, de la défunte, soit au niveau du bureau des entrées de la structure sanitaire où a eu lieu le décès. C'est cette intervention de l'enquêteur (se) qui a permis de mettre en évidence ces agissements. Si le décès est survenu dans une structure de santé, l'enquêteur devait se rendre au bureau des admissions de la structure muni de la fiche n°1 afin de connaître le service où a eu lieu le décès et confirmer les renseignements inscrits sur la fiche n°1, puis se rendre au niveau du service concerné..

Les différentes réunions d'évaluation trimestrielles ont montré l'efficacité des structures de l'état civil, lorsque les registres sont tenus à jour et d'une manière consciencieuse, mais ont permis aussi de déceler certains enregistrements des décès ne respectaient les principes élémentaires de la loi d'où des négligences assez graves ont été observées dans certaines wilayas et même des omissions pures et simples. (cas des décès par jugement).

2 Au niveau des structures de santé

S'appuyant sur deux circulaires du Ministère de la Santé et de la Population n° 295/MSP/MINSP du 28 /12/ 1998 et celle du Ministère de la Défense, Direction de la Santé, n° 131/99/ du 23 mai 1999, pour faciliter la tâches des enquêteurs du secteur de la santé (médecins ou sages femmes).

Malgré toutes ces précautions, des réticences ont été signalées et c'est grâce aux interventions permanentes des autorités de l'Institut National de la Santé Publique ,du Ministère de la Santé et de la Population, que certaines situations ont été débloquées.

Il faut signaler que certains responsables des structures sanitaires concernées ont suspecté cette enquête comme étant une inspection de gestion ou une opération de contrôle déguisée.

Il a été là aussi constaté que la gestion administrative des dossiers des personnes hospitalisées variait d'une structure à une autre et étaient dans certains cas bien tenus et facilitaient le travail des enquêteurs

Dans d'autres cas il n'y a aucune trace de dossier permettant de décrire le cheminement des évènements retenus par l'enquête et la tâche de l'enquêteur était pénible sinon impossible .

Car pour toute femme en âge de procréer décédée dans une structure de santé, l'enquêteur :

- s'informe du lieu précis du décès auprès des services administratifs (bureau des admissions ou autres) ;
- recherche la cause précise du décès dans le service concerné à partir du dossier médical, en particulier la notion de grossesse, d'avortement ou d'accouchement dans les 42 jours ayant précédé le décès. Il reporte l'information sur la fiche prévue à cet effet (fiche n° 2).

Ceci milite en faveur d'une homogénéisation à travers le territoire national des supports administratifs informatisés pour la gestion quotidienne et la mise en place de banque de données à des fins statistiques ; cette normalisation réduirait considérablement le coût de l'information statistique et ferait économiser au ministère de la Santé et de la Population des fonds importants qui seraient orientés vers d'autres urgences.

3 Au niveau du domicile

Sur la base de la déclaration à l'état civil où l'adresse de la décédée devait être inscrite avec précision, malheureusement, celle - ci était souvent imprécise et souvent inexistante. D'où des

recherches parfois fastidieuse pour retrouver le domicile de la défunte et dans ce cas, l'enquêteur devait avant de renseigner le questionnaire n°3 :

- se rendre à l'adresse indiquée comme étant le lieu du décès.
- s'assurer qu'il s'agit bien de la même personne,
- identifier un répondant solvable et à la hauteur, pour disposer d'informations assez fiables.

Toute information d'hospitalisation ou de consultation médicale précédant le décès, fait l'objet d'une recherche du dossier médical au niveau du service hospitalier, pour compléter la fiche de renseignements sur la base des précisions retrouvées dans ce dossier.

L'enquêteur devait :

- impérativement lire entièrement le dossier médical de la défunte,
- en cas d'incompréhension, s'adresser au médecin du service pour plus d'explications,
- remplir lui même le questionnaire.

Comme l'enregistrement des évènements démographiques s'effectuent dans la commune de fait (où ils ont eu lieu) et non dans la commune de résidence, la domiciliation des décédés a nécessité une correspondance permanente entre les coordinateurs des Direction de la Santé et de la Population du pays (DSP).

Pour éviter les omissions ou les doubles comptes, au niveau de chaque DSP, une personne était chargée du recueil des informations concernant les décès survenus dans les communes de sa wilaya et assurait :

- la coordination de l'enquête.
- l'exhaustivité des fiches (n° 1, 2 et 3) de toutes les communes de la région était vérifiée,
- la pertinence des informations était contrôlée et le cas échéant, les informations manquantes ont été recherchées et complétées,
- le cheminement des fiches remplies et contrôlées vers l'I.N.S.P.

Résultats de l'enquête sur la mortalité maternelle réalisée en 1999 par l'INSP

- Le niveau de la mortalité maternelle, soit la mortalité des femmes due à la grossesse ou à l'accouchement, constitue toujours, tout comme la mortalité infantile, un problème de santé publique.

Dans le cadre de cette enquête, il est intéressant de montrer l'efficacité des outils de support à savoir au niveau de la commune (l'Etat Civil et la structure de santé) pour mieux évaluer les décès maternels intervenant au lieu de résidence et au lieu d'enregistrement dans la structure sanitaire).

A cet effet un contrôle cas par cas a été réalisé, une fois la totalité des questionnaires récupérés au niveau national pour éviter les doubles comptes. Ce contrôle manuel avait aussi pour but, en présence d'experts de déterminer les vrais décès maternels des autres cas de décès.

Les deux caractéristiques fondamentales de cette enquête à savoir le taux de mortalité et les causes de décès sont mises en évidence ci après :

Il a été observés, codés, saisis et exploités: 7757 dossiers de décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans) au niveau des structures de la santé et à domicile.

Parmi ces décès totaux, 697 ont été déclarés, décès maternels après expertise,

- 556 sont survenus en milieu assisté soit (80 %)

- et 141 à domicile, soit (20 %) avec des variations régionales importantes où des fréquences de 40% sont atteintes dans les wilayas du Sud comme (Tamanrasset et Tindouf), mais aussi dans certaines wilayas du Nord comme (Bouira, Jijel et Ain Témouchent).

La majorité de ces décès observés dans les structures de la santé surviennent dans les 42 jours qui suivent l'accouchement(55%) et 12 % au cours de la grossesse

Cette répartition n'a de sens que si elle est accompagnée par la notion d'évacuation d'une autre structure privée ou publique, où l'on constate que 48,8% des décès survenant en milieu assisté sont concernés soit 236 cas.

En fait il s'agit des cas les plus graves qui n'ont pas pu être pris en charge dans la structure d'accueil et qui malheureusement dans la plupart des cas se terminent par des décès au dernier transfert.

Pour permettre aux décideurs de la santé de cibler les actions prioritaires dans la mise en place des programmes d'action pour l'horizon 2000-2005, certaines données méritent une attention particulière.

Ainsi la répartition globale des décès maternels selon le moment, montre que :

- 17,5% des décès surviennent pendant la grossesse et particulièrement durant le troisième trimestre de la grossesse(59,3%)
- 20,1% des décès interviennent au cours de la première la grossesse,
- 10,5 % des décès surviennent au moment de l'accouchement,
- 66,4 % des décès sont constatés entre l'expulsion du placenta et les 42 jours qui suivent l'accouchement (ou post partum)
- 0,82 % des décès sont observés pendant l'avortement,
- et 5,5 % en post – abortum (42 jours après l'avortement)

Par ailleurs, il est intéressant de savoir que parmi les femmes décédées :

- **1. au cours de la grossesse :**

Sur les 123 décès observés au cours de la grossesse :

-plus du double (82 cas) sont survenus dans une structure de la santé soit 67% et le reste à domicile soit 33%.

- près de 50 % de ces dernières n'ont eu aucune consultation prénatale,

A signaler à cet effet que :

- concernant les femmes ayant consulté, l'âge gestationnel à la première visite se situe dans près de 63,2% des cas au cours du premier trimestre de la grossesse,
- et que pour 15,8 % des femmes, la première consultation n'a été effectuée qu'au cours du troisième trimestre de la grossesse c'est à dire juste avant l'accouchement,

- **2. concernant le post- partum,**

Sur les 463 décès maternels observés ;

- 384 décès sont survenus en milieu assisté soit 83%
- et 17 % des décès sont constatés à domicile.

Un autre aspect important constaté au cours de cette enquête et qui devrait interpeller les décideurs, compte tenu du recul de l'âge moyen au mariage des jeunes filles depuis 1977

passant de 23,7ans et qui atteint presque les 28 ans en 1998 (27,6ans), à reconsidérer dans le programme de santé, certaines priorités, car l'enquête révèle que:

- plus de 61% des décès sont constatés entre (30 et 39 ans) avec une répartition respective de 25% pour la tranche d'âge 30-34 ans et 36,1% pour la tranche d'âge (35-39 ans), aussi bien en milieu assisté qu'à domicile,
- 25% des femmes décèdent avant la venue du premier enfant,
- 22% des femmes décédées avaient un intervalle inter gésésique supérieur à 48 mois et que l'intervalle inter gésésique moyen observé est de 39,2 mois pour les femmes ayant déjà eu au moins une grossesse antérieure,
- 52,4% avaient utilisé une contraception durant le dernier espace inter gésésique où l'utilisation de la pilule prédomine avec plus de 95%
- près de 21% des décès de ces femmes sont intervenus lors de la première grossesse,
- près de 37 % de ces décès ont été constatés après plus de quatre grossesses, 23,1% après six grossesses, près de 14 % de ces décès ont été observés après au moins 8 grossesses antérieures **24,4 % au delà de cinq enfants nés vivants,**
- **et 25 % des femmes décédées avaient déjà avortées**

Causes de décès

Les causes de décès maternels les plus fréquentes se ventilent comme suit :

- 16,6 % des décès ont pour origine les hémorragies génitales. Les décès par hémorragies sont observés chez les multipares (87,5% de ces décès surviennent chez les femmes ayant eu au moins un enfant né vivant, ils sont constatés dans 90 % des cas chez les femmes décédées dans les 42 jours suivant un accouchement dont 80,2% après un accouchement et 10,4% après un avortement.

Certaines wilayas du sud du Pays (15,7%) et des Hauts Plateaux (6,9%) se distinguent par des niveaux élevés de décès maternels par hémorragie génitale.

- 14,4% des décès maternels proviennent des complications liées à hypertension gravidique et si l'on ajoute les sujets présentant une hypertension artérielle essentielle, le niveau de mortalité atteindrait les 18,5%. Les décès par hypertension artérielle sont observés essentiellement dans les 42 jours qui suivent l'accouchement (60,5%) et au cours de la grossesse (35,6%),
- 14,1% des décès concernent les septicémies ou infections puerpérales où l'on constate que 29% de ces décès interviennent à 25-29ans et ne représente que 4% entre 45-49%. Par ailleurs l'analyse saisonnière met en évidence deux modes l'un en janvier et le second en septembre,
- 13% sont relatives aux cardiopathies y compris l'hypertension essentielle,
- et 12,2% ont pour origine les dystocies avérées qui sont observées particulièrement chez les multipares à partir de quatre grossesses (92,3%)

Conclusion

La mortalité maternelle reste encore élevée (697 cas), soit un taux de mortalité maternel de 117,41 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les naissances vivantes enregistrées à l'Etat Civil pour l'année d'observation s'élèvent à 593 643 selon les statistiques officielles publiées en 2000.

Une disparité régionale a été observée où des écarts importants de taux ont été enregistrés (1732,6 pour 100 000 naissances vivantes à Tamanrasset où 40 % des décès de femmes en âge de procréer sont des décès maternels).

Les trois causes directes des décès maternels sont :

- les hémorragies génitales (21%),
- les septicémies puerpérales (12,5%),
- et les ruptures utérines (7,9%), ces dernières ont été diagnostiquées après un accouchement (65%) et 34% pendant l'accouchement, elles concernent particulièrement les femmes âgées de (30-34 ans et 40-44 ans) ayant eu plus de trois grossesses antérieures (93%).

Il est à signaler par ailleurs que :

- plus de 26% des femmes décédées ont présenté des complications ou une affection chronique lors des grossesses précédentes.
- l'hypertension artérielle (12,8%) et les hémorragies de la délivrance (5,6%) sont les deux complications qui ont été enregistrées,
- 71,1% des décès maternels sont dus à des causes obstétricales (la cause initiale de décès est en rapport directement avec la grossesse),
- les décès non obstétricaux surviennent plus fréquemment au cours de la grossesse (31,5%) et dans les 42 jours qui suivent un accouchement (59,2%)

Enfin, il est à souhaiter que cette expérience puisse être généralisée pour d'autres phénomènes socio démographiques, car les informations administratives sont d'une extrême richesse si elles venaient à être réhabilitées à des fins statistiques. Car les deux services ayant servi de support à cette enquête sur la mortalité maternelle, l'Etat Civil et les structures sanitaires ont l'avantage de couvrir l'ensemble du territoire national et de prendre en charge l'exhaustivité des évènements démographiques étudiés pour le premier et plus de 80 % pour le second.

Aussi, si l'enregistrement à l'Etat Civil n'est pas biaisé par le non respect des délais de déclaration et des lieux d'enregistrement particulièrement ceux déclarés par jugement, l'enquête met en évidence :

- une répartition trimestrielle des décès (40% pour le premier trimestre),
- et mensuelle où les mois d'août et septembre interviennent pour 25%.

Ainsi, la mise en place de cellules statistiques au niveau de la commune, (cellule de base de la gestion administrative) :

- apportera un souffle nouveau à la statistique en général,
- facilitera l'élaboration de la banque de données communales , reflet de la gestion quotidienne,
- réhabilitera l'information administrative et la normalisation des fichiers administratifs à même de générer des traitements statistiques,
- et renforcera le suivi et le contrôle de la gestion, de la fiabilité de l'information statistique et sa périodicité

Cette amélioration évitera la réalisation d'enquêtes par sondage fort coûteuses :

- exigeant une mobilisation permanente de personnel qualifié,
- nécessitant des délais assez longs pour la collecte de l'information et de son exploitation,
- et ne permettant pas une représentativité administrative au niveau communal.

*Par Abdellaziz Bouisri Expert démographe
AMEP- Section Algérie*

Bibliographie

- Guide et Rapport méthodologique de l'Enquête maternelle(INSP)
- Rapport d'activité du Conseil National de la Population
- Données statistiques de l'Office National des Statistiques,
- Rapport préliminaire de l'INSP Janvier 2001

Annexes : Questionnaire à domicile N° 3
Questionnaire structure sanitaire N° 2