

Facteurs Socio-démographiques favorisant les accouchements dystociques, prédisposant au décès maternel : Une expérience des Cliniques Universitaires de Kinshasa

[Socio-demographic factors favoring obstructed labor, predisposing to maternal death : An experience of University Clinics in Kinshasa]

V. Balua Kumona¹, V. Esamboyi¹, and N.B. Mukuna²

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section de Sage-femme, BP. 744, ISTM KIN, Kinshasa XI, RD Congo

²Université de Kinshasa, Institut Techniques Médicales du Mont Amba, Section de Sciences Infirmières, BP. 127, Kinshasa XI, RD Congo

Copyright © 2019 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: A cross-sectional descriptive study was conducted at University Clinics in Kinshasa to describe socio-demographic factors favoring obstructed labor. The survey data included deliveries during the period from January 1 to December 31, 2012. The results of our analyzes included 346 deliveries. Three most significant variables are associated with dystocia at the error threshold of 5%: the low level of education (X^2 : 29,12), the low attendance at prenatal consultation is less than 3 CPN (X^2 : 4, 95), and admission to maternity in indirect mode (X^2 : 5.82). This study shows that socio-demographic factors are particularly important for obstructed labor and increase the risk of maternal death.

KEYWORDS: Factors of dystocia, childbirth, dystocia, maternal death.

RÉSUMÉ: Une étude descriptive transversale a été réalisée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa pour décrire les facteurs socio-démographiques favorisant les accouchements dystociques. Les données de l'enquête ont concerné les accouchements survenus à la période du 1er janvier au 31 décembre 2012. Les résultats de nos analyses ont porté sur 346 accouchements. Trois variables les plus significatives sont associées à la dystocie au seuil d'erreur de 5 % : le faible niveau d'instruction (X^2 : 29,12), la faible fréquentation à la consultation prénatale soit moins de 3 CPN (X^2 : 4,95), et l'admission à la maternité en mode indirecte (X^2 : 5,82). Il ressort de cette étude que les facteurs socio-démographiques ont une importance particulière sur les accouchements dystociques et augmentent les risques de décès maternel.

MOTS-CLEFS: Facteurs de dystocie, accouchement, dystocie, décès maternel.

1 INTRODUCTION

La mortalité maternelle est une catastrophe à tout point de vue. Elle doit être combattue partout avec vigueur, détermination et persévérance. À la maternité des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), on compte chaque année près de 300 accouchements mais le taux de décès maternel reste une question à élucidé dans cette formation sanitaire à vocation recherche scientifique.

Dans 80 % des cas, la cause première est une dystocie tardivement référée [1]. Les 60 % de ces décès maternels auraient dû être empêchés par une détection précoce du risque dystocique suivie d'une césarienne prophylactique [2]. La solution à ce problème réside non seulement dans l'organisation du système sanitaire aux différents échelons mais également dans la recherche scientifique ; cadre par lequel s'inscrit pour cet effet la présente étude.

La détresse des mères à l'accouchement a longtemps été ignorée, même par les apôtres des soins de santé primaires. Ce n'est que vers le milieu des années quatre-vingt que quelques militants et professionnels 'éclairés' ont commencé à se mobiliser autour de cette tragédie jusqu'alors très peu documentée, sous-estimée et négligée: "Toutes les quatre heures, jours après jour, une femme meurt en voulant donner la vie. La plupart de ces femmes décèdent au printemps de leur vie, certaines même ont moins de 20 ans ..." [3].

Depuis que l'Initiative pour une Maternité sans Risque a été lancée les données sont plus fiables et plus facilement disponibles sur le décès maternel. Ces données plus nombreuses et plus précises nous ont rendu conscients que la situation était en réalité pire que ce que pensaient ceux qui ont tiré la sonnette d'alarme dans les années antérieures.

Toutes ces années d'efforts à documenter et à mobiliser les forces ont eu des résultats plutôt modestes quand ils n'étaient pas tout simplement décourageants [4]. Les rares succès ont été ternis pas la conscience de la persistance de cette tragédie dans de nombreux endroits du monde tel qu'en Afrique subsaharienne. Quelque utilité qu'elles aient eue pour d'autres propos, certaines activités de bon sens qui ont été promues pendant des décennies – le dépistage du risque à la consultation prénatale, la formation des accoucheuses traditionnelles – ont montré une efficacité directe limitée sur le risque de la mortalité maternelle [5].

Lors de la réunion de Colombo où l'Initiative pour une Maternité sans Risque a fait le point sur dix années de mobilisation, il est devenu clair qu'il n'y avait pas de solution simple [6]. De plus, les contraintes très réelles résultant de la pauvreté et du manque de ressources semblaient faire de la mortalité maternelle un de ces problèmes inextricables et insolubles qui sont fondamentalement non vulnérables. La tentation est grande de s'asseoir et de ne plus rien faire d'autre contre la mortalité maternelle qu'attendre que la pauvreté 'disparaisse'.

Avec la stratégie des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la mortalité maternelle et néonatale était au centre de ces stratégies. Lors de l'évaluation de ces objectifs au sommet mondial de 2015, le problème de décès maternel demeure encore au centre des politiques sanitaires dans plusieurs pays d'Afrique. Ceci justifie la nécessité du 3^e Objectifs de Développement Durable (ODD).

Il est vrai que la plupart des décès maternels surviennent dans les pays pauvres, et on sait aussi très bien que les pays pauvres sont aussi ceux qui ont les ratios de mortalité maternelle les plus élevés. Par analogie avec le lien entre pauvreté et mortalité infantile, la relation pauvreté – mortalité maternelle semble aller de soi. Ceci dit, il y a des différences considérables, même parmi les pays qui ont des niveaux similaires de pauvreté, et ceci semble être lié aux difficultés d'accès aux soins.

Il est devenu évident pour beaucoup de praticiens que la professionnalisation de l'assistance à l'accouchement est une des clés pour réduire la mortalité maternelle [7]. Les pays industrialisés ont diminué leur mortalité maternelle de moitié au début du 20^e siècle d'abord en utilisant des sages-femmes professionnelles pour assurer les soins à l'accouchement ; plus tard la mortalité a été réduite aux niveaux historiques les plus bas grâce à un accès universel aux technologies hospitalières devenues efficaces [8]. On pourrait imaginer de reproduire la même séquence d'interventions : d'abord développer les soins obstétricaux ambulatoires (offerts par des sages-femmes), et ensuite, dans une phase suivante, développer les soins hospitaliers. Cette stratégie cependant manquerait de crédibilité politique et produirait des résultats trop lents : une réduction rapide à des niveaux suffisamment bas nécessite une utilisation concomitante des deux types de stratégie. De plus, une stratégie exclusivement axée sur des soins offerts par des sages-femmes alimenterait les conflits latents qui parfois opposent sages-femmes et médecins hospitaliers, ce qui a été le cas dans la plupart des pays durant tout le 20^e siècle. Ce serait une illusion d'espérer promouvoir l'assistance à l'accouchement par les sages-femmes sans le support et l'engagement, sinon au moins l'accord, des médecins hospitaliers.

Gagner la bataille des hôpitaux pour offrir un accès à des soins de référence de qualité est crucial d'un point de vue stratégique [9]. Là où on peut combiner un accès correct à des soins de qualité tant au niveau primaire qu'au niveau de référence, les ratios de mortalité maternelle peuvent décroître relativement rapidement [9].

Plusieurs facteurs autres que médicaux et obstétricaux seraient dans la ligne de risque élevé de décès maternel à l'instar de l'âge de la femme, son instruction, sa fréquentation à la CPN, le nombre de fois qu'elle a suivi la CPN, sa structure de naissance et autres. Force est de constater que dans la majeure de cas, les professionnelles de santé qui assistent cette dernière à l'accouchement sont beaucoup préoccupées aux antécédents gynécologiques, obstétricaux et médicaux de la parturiente. Ces

professionnels laissent de côté certaines caractéristiques individuelles qui pourraient avoir une influence négative dans l'aboutissement de la grossesse.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude descriptive transversale a eu pour cadre la Maternité de Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), un centre de référence ultime, en matière des recherches scientifiques.

Basée sur l'examen des dossiers des parturientes, l'étude couvre une période de 12 mois, allant du 1er janvier au 31 décembre 2012. Nous avons inclus tous les accouchements dont la terminaison s'est soldée normalement ou par une intervention obstétricale majeure (une extraction instrumentale, manœuvres obstétricales, intervention chirurgicale : césarienne ou hystérectomie). Un protocole d'étude, composé de plusieurs variables, fournit des renseignements sur la parturiente, sur ses antécédents gynéco-obstétricaux, sur l'histoire de la grossesse actuelle jusqu'à son admission dans l'établissement où la grossesse a connu sa terminaison. La taille de notre échantillon s'élève à 346 accouchements pour 359 naissances.

S'agissant de la récollette et analyse proprement dite des données, après l'obtention de l'autorisation de la direction générale de cette institution, nous avons procédé de la manière suivante : le dépouillement de dossiers des parturientes ; la codification des variables ; leur compilation sur le logiciel SPSS 22 ; la correction de la base des données ; la production des résultats sur les tableaux des fréquences et la recherche de relation entre les différentes variables.

3 RÉSULTATS

Les résultats de cette étude se présentent en deux temps : le premier temps concerne une analyse descriptive dite univariée et le deuxième temps concerne une étude corrélative des variables (le niveau d'étude, la fréquence de l'accouchée à la CPN et le mode ou type d'admission en maternité).

3.1 ANALYSE UNI VARIÉE

Tableau 1. Répartition des accouchements par tranche d'âge des parturientes

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentages
Inférieure à 20 ans	29	8,4%
20 – 34 ans	233	67,4%
35 et plus	84	24,2 %
Total	346	100,0%

Il ressort de ce tableau que la tranche d'âge comprise entre vingt et trente-quatre ans a été observée majoritairement.

L'admission en maternité est directe lorsque la femme n'avait pas transité par une autre formation sanitaire ; elle est indirecte lorsque celle-ci était admise en référence.

Tableau 2. Répartition des accouchements selon le mode d'admission de la parturiente

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Admission directe	230	66,5%
Admission indirecte	116	33,5%
Total	346	100,0%

Il se dégage de nos analyses que 66,5% étaient admises directement aux CUK et 33,5% étaient admises indirectement.

Tableau 3. Répartition des accouchements selon le niveau d'instruction de la parturiente

Niveaux d'instruction	Fréquences	Pourcentage
Analphabètes	3	0,9%
Primaire	7	2,0%
Secondaire	41	11,8%
Supérieur et Universitaire	237	68,5%
Non préciser	58	16,8%
Total	346	100,0%

Il se dégage de ce tableau que les parturientes du niveau supérieur et universitaire occupent la première place avec 68,5%, suivies des femmes dont leurs niveaux d'études n'étaient pas précisés soit 16,5%, les femmes du niveau secondaire représentent 11,8%, celles du niveau primaire 2,0% et les analphabètes 0,9%.

Tableau 4. Répartition des accouchements selon la fréquence de la parturiente à la CPN

Fréquence à la CPN	Effectifs	Pourcentages
Inférieur à trois fois	37	10,7%
Supérieur ou égal à trois fois	241	69,7%
Non préciser	68	19,7%
Total	346	100,0%

Nous constatons à travers ce tableau que 69,7% des femmes avaient suivis la CP normalement ; 19,7% n'ont pas été précisés de leur fréquentation à la CPN ; 10,7% avaient fréquenté les services de CPN moins de trois fois.

3.2 ANALYSE BI-VARIÉE

Tableau 5. Relation entre le niveau d'instruction de la parturiente et le type d'accouchement

Niveau d'instruction	Types d'accouchement		Total
	Accouchements eutociques	Accouchements dystociques	
Niveau inférieur	20	48	68
Niveau moyen et supérieur	171	107	278
Total	191	155	346

Nous considérons dans le tableau deux niveaux d'instruction :

- niveau inférieur : les analphabètes, les primaires et ceux dont le niveau d'instruction n'a pas été précisé ;
- le niveau moyen et supérieur : secondaire et universitaire.

Nous estimons que les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur sont plus exposées aux accouchements dystociques.

L'analyse statistique de relation entre le niveau d'instruction de la parturiente et le type d'accouchement révèle une étroite corrélation entre les deux variables. Chi-carré calculé 29,12 et p-value est largement inférieur à 5% soit 0,000. Ainsi, le niveau d'instruction élevé est un facteur prédisposant aux accouchements dystociques.

Nous considérons à travers le tableau ci-dessous que les femmes ayant fréquenté moins de trois fois le service de CPN et celles dont la CPN n'a pas été précisée sont exposées aux accouchements dystociques.

Tableau 6. Relation entre la fréquentation à la CPN de la parturiente et le type d'accouchement

Nombre CPN	Types d'accouchement		Total
	Accouchements eutociques	Accouchements dystociques	
Inférieur à 3 fois et non préciser	48	57	105
Supérieur ou égal à 3 fois	143	98	241
Total	191	155	346

Les résultats de ce tableau montrent une relation significative entre la fréquentation à la CPN et le risque de dystocie. Chi-carré 4,95 ; p-value inférieur à 5% soit 0,01. Donc la faible fréquentation à la CPN est un facteur favorisant les accouchements dystociques.

Dans le tableau ci-dessous, nous admettons que les femmes admises en référence sont plus exposées aux accouchements dystociques.

Tableau 7. Relation entre le mode d'admission de la parturiente et le types d'accouchement

Mode d'admission	Types d'accouchement		
	Accouchements eutociques	Accouchements dystociques	Total
Admission directe	138	92	230
Admission indirecte	53	63	116
Total	191	155	346

Il se dégage de ce tableau une relation significative entre l'accouchement dystocique et le mode d'admission à la maternité. Chi-carré 5,82 ; p-value est inférieur à 5% soit 0,01. Par conséquent le mode d'admission indirecte est un facteur favorisant les accouchements dystociques.

4 DISCUSSION

4.1 DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

L'analyse de données de nos recherches a donné des résultats significatifs avec des taux importants relatifs aux différentes variables impliquées dans ce travail.

La distribution des accouchements par mois révèle par ordre décroissant les incidences suivantes : mois de Mars 11,0%, Novembre 10,7%, Mai 10,1%, Juillet et Septembre 9,8% par mois, Juin 9,0%, Octobre 8,4%, Avril 8,1%, Décembre 6,6%, Aout 6,1%, Janvier et Février 5,2% par mois. Nous estimons que la prédominance de certains mois sur d'autres serait un hasard car le milieu hospitalier est caractérisé par une population qui connaît des fluctuations régulières.

La répartition des accouchements suivant leurs modes de terminaison montre que les accouchements eutociques sont majoritaires avec 55,2%, et les accouchements dystociques 44,8% (césarienne et épisiotomie). Nonobstant la majorité des accouchements eutociques sur les dystociques, soulignons à travers ce travail un taux de dystocies élevé, ceci reflète un problème dans la prise en charge des parturientes. Ces résultats ne s'écartent pas du tout de celui d'ANDRIAMADY RCL et al en 2000 à la maternité de Befelatanana (Antananarivo) qui indique un taux de césarienne de 47,1% [10].

S'agissant de l'âge des accouchées, les résultats de notre recherche ont été répartis en quatre tranches d'âges. La tranche de 31 – 35 ans est majoritaire avec 30,9%, suivi de la tranche de 26 – 30 ans avec 28,0%, les femmes de 36 ans et plus 24,3%, celles de 20 – 25 ans 8,4%, celles dont l'âge n'a pas été spécifié 7,8% et les moins de 20 ans 0,6%. Il se dégage de nos analyses une constatation selon laquelle la majorité de ces femmes avaient plus de trente années d'âge, c qui constitue un taux élevé des femmes à risques.

En ce qui concerne la parité de nos enquêtées, nos résultats montrent un taux élevé des multipares avec 76,3%, suivis des primipares avec 13,9%, les grandes multipares 9,0% et les nullipares 0,9%. Toute chose étant égale comme par ailleurs, les multigestes sont majoritaires avec 76,9%, contre 23,1% des primigestes.

Nous pensons dans ce travail que la forte multiparité/multigestité de ces femmes associées à leurs âges pourrait expliquer en partie les taux élevé des dystocies.

Quant au mode d'admission de la femme en maternité, 66,5% étaient admise directement alors que 33,5% étaient admise en référence après avoir transité dans une autre formation sanitaire. Ce pourcentage est également important qu'il met évidence le dysfonctionnement du système de référence dans notre pays. Cette même situation a été décrite par Cisse et al., au Sénégal en indiquant que tout retard de référence se répercute de façon dramatique sur le pronostic maternel et périnatal [11]. Il s'avère donc nécessaire d'augmenter le nombre des Centres de recours obstétricaux et d'accorder aux services intéressés les moyens qui leur permettent d'assurer dans les meilleures conditions la prise en charge des femmes, et de procéder à une meilleure répartition du personnel qualifié: gynécologues, sage s - femmes...

La catégorisation des enquêtées par niveau d'instruction montre que les parturientes du niveau supérieur et universitaire représentent 68,5%, suivies des femmes dont leurs niveaux d'études n'étaient pas précisés soit 16,5%, les femmes du niveau secondaire représentent 11,8%, celles du niveau primaire 2,0% et les analphabètes 0,9%. Le taux élevé des femmes instruites s'expliquerait par l'influence de l'environnement (milieu universitaire) dans lequel est érigé l'hôpital.

La fréquentation des parturientes à la CPN renseigne que 69,7% des femmes avaient suivi normalement la CP ; 19,7% n'ont pas précisé de leur fréquentation à la CPN ; 10,7% avaient fréquenté moins de trois fois le service de CPN.

4.2 ETUDE DE RELATION ENTRE LES VARIABLES

Nous émettons l'hypothèse selon laquelle l'accouchement dystocique est un facteur d'exposition au décès maternel et néonatal, pour cette raison nous avons mis en relation certaines variables avec le mode/type d'accouchement pour vérifier cette hypothèse.

La recherche de corrélation entre le niveau d'instruction de la parturiente et le type d'accouchement révèle une relation largement significative entre les deux variables. Chi-carré calculé 29,12 et p-value est inférieur à 5% soit 0,000. Ainsi, le niveau d'instruction élevé est un facteur prédisposant aux accouchements dystociques dans la mesure où l'instruction est associée à l'âge. C'est-à-dire plus la femme poursuit les études supérieures plus elle augmente en âge et la maternité par conséquent est retardée. Bien que l'instruction de la femme influence positivement sur la connaissance de certains signes de danger, les résultats de cette recherche présentent une situation toute contraire.

L'analyse statistique de résultats entre la fréquence à la CPN et le mode d'accouchement montre une relation significative dans la mesure où les femmes qui fréquentent rarement ou presque pas la CPN sont 4 fois plus exposées à la dystocie que celles qui suivent leurs CPN normalement. Chi-carré 4,95 ; p-value inférieur à 5% soit 0,01. Donc la non/faible fréquentation à la CPN est un facteur favorisant les accouchements dystociques. La CPN est un moyen par excellence de surveillance de la grossesse. Le risque de dystocie est inférieur à 3% lorsque la CPN a été suivie correctement [12].

La recherche de relation entre le mode d'admission en maternité et le type d'accouchement révèle également une relation significative entre ces variables. Chi-carré 5,82 ; p-value est inférieur à 5% soit 0,01. Ce résultat implique les parturientes admises en référence courent 5 fois plus le risque de dystocie que celles admises directement en maternité au moment d'accouchement. Par conséquent le mode d'admission indirecte est un facteur favorisant les accouchements dystociques. Très souvent, en effet, les femmes arrivent dans un état de complications bien avancé (infection, pré-rupture, présentation enclavée...). Les causes de ces complications sont multiples [13], [14]. Elles sont certes médicales, mais résultent aussi de facteurs extra-médicaux, socio-économiques et culturels, traduisant l'inefficacité de notre système de référence obstétricale. D'ailleurs, l'insuffisance en nombre des obstétriciens, oblige les médecins généralistes à travailler à leur place.

5 CONCLUSION

Les accouchements dystociques sont au centre des préoccupations de la santé maternelle et constituent un réel problème de risque de mortalité maternelle. Plusieurs facteurs sont associés aux accouchements dystociques. Hormis les facteurs obstétricaux et médicaux généralement connus, les facteurs socio-démographiques (le faible niveau d'instruction, la fréquence à la CPN, le mode d'admission en maternité, et autres) sont de moins en moins pris en compte. Et pourtant, ces facteurs ont une influence statistiquement significative sur les accouchements dystociques et augmentent le risque de mortalité maternelle.

REFERENCES

- [1] Ndiaye, Issakha Diallo, Issa Wone, Cheikh Fall (2001) *Un nouvel outil d'aide à la décision médicale dans la lutte contre la mortalité maternelle : le score de risque dystocique (SRD)*. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Volume 11, Numéro 2, 133-8, Avril - Mai - Juin 2001, Note méthodologique
- [2] BOUILLIN D (1994) *Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystociques obstétricales au Sénégal*. Cahiers Santé ; 4 : 14-5.
- [3] OMS (1986) *Risque de dystociques en milieu rural africain*, OMS ; 2 : 11-17.
- [4] AbouZahr C (1998) *Maternal Mortality Overview*. In Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (eds). Health Dimensions of Sex and Reproduction. Boston: Harvard University Press.
- [5] Bergstrom S, Molin A and Povey GW (1993) *International Maternal Health Care. The Challenge beyond the year 2000* Department of Obstetrics and Gynecology, Uppsala University, Uppsala.
- [6] Starrs A and the Inter-Agency Group for Safe Motherhood (1998) *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. New York: Family Care International: 1-96.

- [7] Graham WJ and Campbell OM (1992) *Maternal health and the measurement trap. Social Science and Medicine* 35(8), 967-977.
- [8] Loudon I (1992) *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality, 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press.
- [9] Vincent De Brouwere et Wim Van Lerberghe, (2001) *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique* éd. ITGPRESS p. 488
- [10] ANDRIAMADY RCL, ANDRIANARIVONY MO, RANJALAHY RJ. (2000) *Les accouchements dystociques à la maternité de Befelatanana - chu d'Antananarivo à propos de 919 cas* in *Médecine d'Afrique noire*, 47.
- [11] CISSE C.T., ANDRIAMADY C., FAYE O., DIOUF A., BOUILLIN D., DIADHIOU F. (1995) *Indications et pronostics de l'opération césarienne au CHU de Dakar*. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 24 : 194-197.
- [12] BOUILLIN D, FOURNIER G., GUEYE A., DIADHIOU F., CISSE C.T. (1994) *Surveillance épidémiologique des dystocias obstétricales au Sénégal*. *Cahier Santé* 1994, 4 : 399-406.
- [13] DIOUF A., DAO B., GAYE A., DIALLO D., MOREIRA P., DIADHIOU F. (1995) *Les ruptures utérines au cours du travail en Afrique Noire* *Méd. Afr. Noire*, 42 (11) : 592-597.
- [14] EYRAUD J.L., RIETHMULLER D., CLAINQUA RT N., SCHAAL J.-P., MAILLET R., COLETTE C. (1997) *La manœuvre de Mauriceau est-elle délétère ? Etude de 103 cas*. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod*; 26 : 413-414.