



Pertes de connaissance transitoires et malaises de l'adulte

[LIBRAIRIE \(/FR/OUVRAGES/INDEX.PHTML\)](#)

[REVUES \(/FR/REVUES/INDEX.PHTML\)](#)

MON PANIER
(/FR/COMMANDE/PANIER.PHTML)
(0)
rechercher

[SPÉCIALITÉS \(/FR/SPECIALITES/INDEX.PHTML\)](#)

[SERVICES \(/FR/FAQ\)](#)

[Accueil \(/FR/REVUES/SAN/REVUE.PHTML\)](#) | [Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé - Evolution des données maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République démocratique du Congo I. Décès maternels et interventions obstétricales](#)

Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé

[ACCUEIL \(/FR/REVUES/SAN/REVUE.PHTML\)](#) | [ARCHIVES \(/FR/REVUES/SAN/ARCHIVE.PHTML\)](#) | [ACHETER UN NUMÉRO \(/FR/REVUES/SAN/NUMERO.PHTML\)](#)

[COMITÉ DE RÉDACTION \(/FR/REVUES/SAN/COMITE\)](#) | [EN SAVOIR PLUS \(/FR/REVUES/SAN/EN_SAVOIR_PLUS.PHTML\)](#)

Evolution des données maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République démocratique du Congo I. Décès maternels et interventions obstétricales

[Volume 12, numéro 2, Avril - Juin 2002 \(/fr/revues/san/sommaire.phtml?cle_parution=20\)](#)

Imprimer
Ajouter à mes favoris
Citer cet article
Envoyer un lien vers article

MON COMPTE
Vous bénéficiez des abonnements de Université de Liège

> Me connecter à mon compte personnel
(/fr/mon_compte/login.phtml?authentication=individuel)

ABONNEMENTS maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République démocratique du Congo I. Décès maternels et interventions obstétricales
(/FR/MON_COMPTE/INDEX.PHTML)

Tropicales
(/fr/revues/mst/revue.phtml)
Fin d'abonnement :

[Résumé \(/fr/revues/san/e-docs/evolution_des_donnees_maternelles_et_perinatales_recueillies_en_routine_entre_1980_et_1998_a_la_maternite_de_reference_de_rutshuru_en_republique_democratique_du_congo_i_decès_maternels_et_interventions_obstétricales\)](#)

[Texte intégral \(/fr/revues/san/e-docs/evolution_des_donnees_maternelles_et_perinatales_recueillies_en_routine_entre_1980_et_1998_a_la_maternite_de_reference_de_rutshuru_en_republique_democratique_du_congo_i_decès_maternels_et_interventions_obstétricales\)](#)

[Illustrations \(/fr/revues/san/e-docs/evolution_des_donnees_maternelles_et_perinatales_recueillies_en_routine_entre_1980_et_1998_a_la_maternite_de_reference_de_rutshuru_en_republique_democratique_du_congo_i_decès_maternels_et_interventions_obstétricales\)](#)

Dans la plupart des pays en développement, les statistiques relatives à la santé maternelle (causes et décès des suites de la grossesse ou de l'accouchement) présentent des lacunes importantes parce que non tenues à jour. Dans le pire des cas, elles n'existent pas [1]. Pour la plupart de ces pays, les enquêtes susceptibles de fournir des informations sur l'importance des problèmes de santé maternelle sont d'un coût prohibitif. À titre d'exemple un taux de mortalité maternelle de 300 pour 100 000, exact dans une marge de 20 % (niveau de confiance de 0,95), nécessite un échantillon de 50 000 naissances. Cela est dû au fait que malgré tout, un décès maternel demeure un événement relativement rare [2]. L'analyse des données recueillies en routine dans les maternités peut fournir des données indicatives des problèmes. Toutefois, l'intérêt des données hospitalières est limité pour cause de biais de sélection. Le numérateur et le dénominateur ne représentent presque jamais les cas dans la communauté. En effet, à l'hôpital les femmes sont, soit hospitalisées en urgence après échec d'accouchement à domicile, soit référées pour risque plus élevé, ou parce que de niveau socio-économique plus élevé. Néanmoins, les données hospitalières donnent une idée globale de l'accessibilité des services de recours.

Illustrations
Ouvrir l'onglet
(/fr/revues/san/e-docs/evolution_des_donnees_maternelles_et_perinatales_recueillies_en_routine_entre_1980_et_1998_a_la_maternite_de_reference_de_rutshuru_en_republique_democratique_du_congo_i_decès_maternels_et_interventions_obstétricales)
tab=images

Renouveler l'abonnement
(/fr/mon_compte/index.phtml)

Information sur l'abonnement
(/fr/revues/mst/revue.phtml)
Fin d'abonnement :

Bulletin du Cancer
(/fr/revues/bdc/revue.phtml)
Fin d'abonnement :

Cette étude a pour objectif, l'analyse des données recueillies en routine dans la maternité de l'hôpital de référence de Rutshuru, entre 1980 et 1998. Une telle analyse pourrait apporter des informations utiles sur l'importance et l'évolution des problèmes de santé maternelle ainsi que sur la pertinence et l'impact des stratégies en place et permettre ainsi de dégager des pistes pour les renforcer.

Matériel et méthodologie

L'hôpital de Rutshuru est situé dans la province du Kivu, à l'est de la République démocratique du Congo. Il dessert une population de 255 000 habitants (1998). Le taux de natalité est estimé à 4,5 % (Cemubac, rapport annuel 1998). À partir de 1980, les données socio-démographiques et anthropométriques de la mère ainsi que les données de morbidité et de mortalité obstétricales ont été enregistrées. Le registre des données de 1984 était manquant. Jusqu'en 1985, l'hôpital accueillait aussi bien les cas primaires que compliqués. Par la suite, le district de santé de Rutshuru a été progressivement organisé en deux échelons de soins, entièrement opérationnels dès 1991. Le premier, constitué de centres de santé (n = 15), organise les activités préventives, promotionnelles et traite les cas primaires. Il dépiste et envoie au second échelon, l'hôpital de référence, les cas compliqués ou ceux présentant un risque de complication. Dans cet article, nous appellerons « référence », le processus d'envoi d'un patient du 1^{er} vers le 2^e échelon [3]. L'hôpital de Rutshuru était jusqu'en 1996 la seule structure à réaliser la césarienne. Celle-ci était en général pratiquée par des médecins généralistes. En 1994, le district de Rutshuru a accueilli 80 000 réfugiés rwandais en dehors des structures officielles des camps. La présente étude porte sur 13 042 accouchements (réfugiés exclus) chez des femmes qui se sont présentées spontanément ou ont été référées à la maternité de l'hôpital de référence, entre 1980 et 1998. L'analyse porte sur la description et l'évolution de facteurs d'exposition à la césarienne et à la mortalité maternelle, enregistrées au cours du séjour à l'hôpital. Deux types de facteur d'exposition sont distingués : les facteurs de risque utilisés dans les services prénatals pour référer la femme à la maternité de référence *a priori* et les facteurs à risque potentiel *a posteriori*. Parmi les premiers, quatre facteurs étaient renseignés, l'âge (risque si < 16 ou > 39 ans), la parité (risque si > 5), la taille (risque si < 1,5 m chez la nullipare) et le diamètre de Baudelouque (risque si DB < 16 cm). Le DB appelé aussi « conjugué externe » mesure le diamètre antéro-postérieur du bassin allant de la 5^e vertèbre lombaire au bord supérieur de la symphyse pubienne. Il était mesuré avec le pelvimètre de Breisky [4]. Les seconds étaient constitués des facteurs sociaux : l'instruction (risque si cycle primaire non achevé), le statut matrimonial (risque si non marié), le périmètre brachial (risque, si < 21 cm) et l'indice de masse corporelle (IMC) (risque, si < 21 kg/m²).

Les variables étaient analysées sous forme dichotomique ou groupées suivant leurs seuils de risque. Les analyses étaient faites à l'aide du logiciel SPSS/Windows 11.0. Elles comprenaient, l'application du test χ^2 pour l'analyse des tables de contingence, le t-test pour la comparaison des moyennes, la régression linéaire simple et l'estimation des *odds ratios* (OR) et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %, par la régression logistique. Dans les modèles de régression, les années d'admission étaient classées en quatre groupes consécutifs en fonction de la mise en place des structures et d'un fait marquant l'arrivée massive des réfugiés rwandais. Le premier groupe constituait la catégorie de référence. Pour la parité et l'âge, les classes intermédiaires constituaient la référence. La procédure progressive fondée sur les rapports de vraisemblance était utilisée pour sélectionner les variables. Les interactions entre facteurs de risque étaient recherchées et testées par le rapport de vraisemblance. Lorsqu'une interaction était significative, des modèles séparés étaient construits dans les catégories de la variable responsable de l'interaction.

PETITES ANNONCES

VEGF Actu
La lettre de l'angiogénèse
(/pub/riah/revue_vegf?url=/fr/VEGF/index.mhtml)

i-alr
Le site de l'Anesthésie Loco Régionale Francophone
(/pub/riah/i-alr?url=http://www.i-alr.com/)

Résultats

Les caractéristiques démographiques et anthropométriques et la fréquence des facteurs de risque présents chez les femmes à l'admission sont présentées dans les tableaux 1 (*images.htm*) et 2 (*images.htm*). Plus d'une femme sur trois (35,2 %) avait présenté au moins l'un des quatre risques *a priori*. La grande multiparité constituait le facteur de risque le plus fréquent.

Quinze pour cent des femmes admises ($n = 1\,951$) avaient accouché par césarienne. Les proportions des femmes présentant un ou plusieurs risques *a priori* et les proportions des femmes accouchées par césarienne étaient respectivement passées entre 1980 et 1998, de 26,1 à 39,2 % et de 1,9 à 34,1 % (*figures 1 (images.htm)* et 2 (*images.htm*)). Douze pour cent des femmes ($n = 1\,538$) avaient bénéficié d'une intervention obstétricale autre que la césarienne. Cette proportion était passée de 18,4 % en 1981 à 8,2 % en 1998.

Les femmes avec un ou plusieurs risques *a priori*, versus les autres présentaient des proportions plus élevées de césariennes (20,4 % versus 11,9 % ; $p < 0,001$) et de décès maternels (2,5 % versus 1,4 % ; $p < 0,001$). Les OR dérivés de la régression logistique des facteurs associés à la césarienne et au décès maternel sont présentés dans le tableau 3 (*images.htm*). Deux des quatre facteurs de risques *a posteriori* étaient associés aussi bien au mode d'accouchement par césarienne qu'au décès maternel : l'instruction et le statut matrimonial.

Des interactions entre la parité et cinq facteurs d'exposition à la césarienne (taille $< 1,5$ m, DB < 16 cm, absence d'instruction, périmètre brachial inférieur ou égal à 21 cm et année d'admission) étaient observées. Après ajustement, le risque de césarienne croissait chaque année, quel que soit le rang de la grossesse. Pour les parités inférieur ou égal à 5 (nullipares et 1-5), le DB et la taille constituaient des risques plus importants de césarienne que chez les parités ≥ 6 (OR de 2,1 versus 1,7 pour le DB et de 1,9 versus 1,3 pour la taille). Inversement chez ces grandes multipares, l'absence d'instruction et l'état civil non marié constituaient des risques plus importants de césarienne que chez les parités inférieur ou égal à 5 (OR de 2,1 versus 0,9 pour l'instruction et de 6,0 versus 1,3 pour l'état civil).

Deux pour cent des femmes ($n = 243$) étaient décédées. La proportion des décès était plus ou moins stable sauf en 1988, 1994, 1995 et 1997 (*figure 3 (images.htm)*). L'âge était le seul risque *a priori* associé au décès maternel. Les femmes de moins de 39 ans présentaient un risque plus élevé de décès. Le décès maternel était plus fréquent chez les femmes qui accouchaient par césarienne (5,3 % versus 1,2 % ; $p < 0,001$). Une tendance non significative de diminution des proportions de décès chez les femmes ayant accouché par césarienne ($b = 0,325$; $p = 0,148$) était observée en fonction du temps.

Discussion

Rapporté aux 161 709 naissances attendues au cours des 18 années, le nombre observé des décès maternels donne un ratio de 150 décès pour 100 000 naissances (taux de natalité : 4,5 % ; taux d'accroissement annuel : 3,2 %). Ce ratio, 20 fois supérieur à celui des pays industrialisés demeure sous-estimé en raison : (1) du dénominateur utilisé (naissances attendues) supérieur au dénominateur habituellement considéré (naissances vivantes) ; (2) du fait qu'en milieu rural pauvre, la moitié des décès maternels surviennent à la maison ou sur le chemin de l'hôpital [5]. Calculé sur les périodes d'avant et après l'achèvement de la mise en place du district de santé en 1991, le ratio passait de 75 à 222 pour 100 000 naissances. Les causes seraient que : (1) à mesure que se mettaient en place les deux échelons du district de santé, de plus en plus de femmes à risque venaient à l'hôpital (*figure 1 (images.htm)*) ; (2) à partir de 1994, les femmes se présentaient en ultime recours à cause, d'une part, de la désertion des services de santé par les autochtones, constatée pendant la période de l'utilisation massive des services de santé par les réfugiés rwandais atteints d'épidémies de choléra et de dysenterie bacillaire (rapport non publié ; Cemubac, 1994) et, d'autre part, de la réduction de l'accessibilité financière aux soins, consécutive aux guerres qui ont suivi. Des informations de qualité auraient cependant été utiles pour le confirmer.

L'effectif rapporté de césariennes est exhaustif, dans la mesure où de par sa localisation dans une réserve naturelle nationale, le district de santé de Rutshuru fonctionne plus ou moins en vase clos. Rapporté à l'ensemble de la population du district, il donne un taux moyen de césarienne de 1,2 % pour la période. Celui-ci est proche du taux de 1,1 % rapporté à Kasongo entre 1976 et 1984 et des taux de 0,7 à 1,4 %, rapportés ailleurs en Afrique [6]. Cependant, calculé sur les deux périodes d'avant et après 1991, il passait de 0,4 à 2 %, suggérant qu'il existait, avant 1991, un déficit en césarienne qui s'était progressivement réduit jusqu'à s'approcher du seuil de 225 césariennes pour 100 000 personnes par an, estimé nécessaire pour le milieu rural d'Afrique [7]. L'effet déjà relevé de l'augmentation progressive des femmes à risque (*figure 1 (images.htm)*) et le rôle de référence de mieux en mieux joué par l'hôpital [8], constitue une explication plausible. Néanmoins, il était également observé un recours de moins en moins fréquent aux techniques alternatives à la césarienne pour les accouchements dystociques. La presque totalité des symphysectomies et des forceps réalisés, l'avaient été avant 1984. Ces techniques ne sont plus enseignées à la faculté de médecine de Kinshasa d'où sortaient les neuf jeunes médecins recrutés à partir de 1986. Les jeunes praticiens recourent plus fréquemment à la césarienne que leurs aînés et davantage lorsque les indications sont peu standardisées [9-11]. Dans un hôpital zimbabwéen, la standardisation de la césarienne avait permis de réduire de moitié les proportions de césariennes tout en améliorant les issues des grossesses [7]. La standardisation de la césarienne se justifie en milieu rural pauvre, à cause du risque non négligeable de décès qu'elle présente parce que pratiquée souvent dans des conditions d'épuisement et d'infection et à cause aussi du poids financier lourd qu'elle représente pour la plupart des femmes [12].

L'analyse de l'association des facteurs de risque potentiels avec les deux issues a montré que la césarienne était plus associée aux paramètres anthropométriques (OR proche de 2 pour le DB < 16 cm et la taille $< 1,5$ m) et le décès maternel aux paramètres sociaux (OR $> 1,5$ pour l'éducation, le statut matrimonial, la grossesse tardive et le statut nutritionnel bas). En revanche, la grande multiparité, cause fréquente de référence des femmes à l'hôpital, n'était associée ni au risque de décès maternel ni à celui de la césarienne. Malgré la remise en question de l'efficacité de facteurs de risque à prédire les issues négatives de la grossesse [13-18], ils sont restés le soubassement de nombreux programmes de santé maternelle. Il y a une nécessité de les réévaluer sur une échelle plus large.

CONCLUSION

Les données relevées en routine dans les maternités peuvent permettre, en l'absence de toute autre source d'information, d'obtenir un ordre de grandeur des niveaux de mortalité maternelle et de couverture des besoins obstétricaux essentiels. Les facteurs de risque utilisés pour prédire ces problèmes se montrent en général peu efficaces à le faire. Ils devraient être réévalués sur une échelle plus large.

REFERENCES

1. De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. La « maternité sans risque » dans les pays en développement : les leçons de l'histoire. In : *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 6. Anvers (Belgique) : Itg Press, 1997 ; 660 p.
2. Royston E, Armstrong S. *La prévention des décès maternels*. Genève : OMS, 1990 ; 230 p.
3. François B, De Brouwere V, Laabid A, Dujardin B. L'évaluation des filières dans les systèmes de santé. *Santé publique* 1995 ; 4 : 443-59.

4. Liselele H, Bouvain M, Kalala CT, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *Brit J Obstet and Gynecol* 2000 ; 107 : 947-52.
5. Bhatia JC. Levels and causes of maternal mortality in Southern India. *Stud-fam-Plann* 1993 ; 24 : 310-8.
6. Van den Broek N, Van Ler berhe W, Pangu K. Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). *Int J Gynecol* 1989 ; 28 : 337-42.
7. De Muylder X, Thiery M. The caesarean delivery rate can be safely reduced in a developing country. *Obstetrics & gynecology* 1990 ; 75 : 360-4.
8. Porignon D, Mugisho E, Elongo T, Katulanya D, Hennart P, Van Lerberghe W. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Trop Med and Intern Health* 1998 ; 3 : 559-65.
9. Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in caesarean birth rates. *N Engl J Med* 1989 ; 320 : 706-9.
10. De Muylder X. Caesarean sections in developing countries: some considerations. *Health Policy and Planning* 1993 ; 8 : 101-12.
11. Fourn L, Alihonou E, Seguin L, Ducic S. Incidence et facteurs associés à la césarienne primaire au Bénin (Afrique). *Rev Epidem et Sante Publ* 1994 ; 42 : 5-12.
12. Künzel W, Herrero J, Omwuhafua P, Staub T, Hornung C. Maternal and perinatal health in Mali, Togo and Nigeria. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology* 1996 ; 69 : 11-7.
13. Liljestrand J, Bergström S, Ndobe C, Da Silva B, Hernborg A. Obstetrical risk factors and pregnancy outcome in rural Mozambique. *Gynecol Obstet Invest* 1992 ; 34 : 217-21.
14. Rohde JE. Removing risk from safe motherhood. *Intern J Gynecol Obstet* 1995 ; 50 : S3-10.
15. Dujardin B, Clarysse G, Criel B, De Brouwere V, Wangata N. The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of the referral compliance. *Soc Sci Med* 1995 ; 40 : 529-35.
16. Rooney C. *Soins prénatals et santé maternelle : étude d'efficacité*. Genève : OMS, 1992.
17. The Kasongo Project Team. Antenatal screen-ing for fetopelvic dystocias. A cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. *J Trop Med Hyg* 1984 ; 87 : 173-83.
18. Abou Zahr Cl. La maternité sans risque : quelques enseignements. *Forum mondial de la santé* 1998 ; 19 : 257-65.

ESPACE PARTENAIRES

[Publicité \(fr/publicite\)](#) • [Partenaires \(fr/publicite\)](#) • [Auteurs livres \(fr/departement_livres\)](#) • [Auteurs revues \(fr/auteurs_revues\)](#)

SERVICES

[Abonnez-vous \(fr/revues/abonnements.phplml\)](#) • [Achetez un numéro \(fr/revues/numeros.phplml\)](#) • [Pay-Per-View \(fr/revues/ppv.phplml\)](#) • [Congrès \(fr/congres/index.phplml\)](#) • [Petites](#)

[annonces \(fr/petites_annonces/index.phplml\)](#)

[Infos légales \(fr/infos_legales\)](#) • [Aide/FAQ \(fr/faq\)](#) • [Qui sommes-nous ? \(fr/qui_sommes_nous\)](#) • [Contact \(fr/contact\)](#) • [Quelle est mon adresse IP ? \(whatsmyip.phplml\)](#)

Copyright © 2015 JOHN LIBBEY EUROTEXT