

Accouchements sans assistance médicale à l'hôpital de base de Talangai à Brazzaville (Congo)

N'dinga HG¹, Oyere GR¹, Angouono-Moke¹, Iloki LH²

1. Maternité Hôpital de base de Talangai,
2. Service de gynécologie obstétrique CHU,
Brazzaville, Congo

Med Trop 2011 ; 71 : 278-280

RÉSUMÉ • *Objectifs*. Déterminer le profil de la femme qui accouche à domicile sans assistance médicale à Brazzaville et évaluer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. *Patientes et méthodes*. Etude prospective descriptive réalisée à la Maternité de l'hôpital de base de Talangai (HBT) du 01 novembre 2006 au 31 Octobre 2008. *Inclusion*. Femmes ayant accouché en dehors d'une structure sanitaire sans assistance médicale et admises à l'HBT. *Résultats*. La fréquence des accouchements sans assistance médicale (ASAM) a été de 3,7%. La tranche d'âge 19 - 35 ans a représenté 72,6% de cas. Parmi les raisons ayant occasionné les ASAM, l'ignorance des signes cliniques du début du travail a été évoquée par 37 primipares sur 61 (60,7%) et l'attente de l'entrée en travail avant de se présenter à l'hôpital par 167 paucipares et multipares sur 360 (46,4%). Les ASAM ont concerné 234 grossesses non suivies. Le motif d'admission après un ASAM a été l'hémorragie dans 57,8% de cas. Parmi les ASAM, 56,8% de femmes habitaient à proximité d'une structure sanitaire. Les grossesses à terme ont représenté 41,3% de cas, les grossesses de terme imprécis 34,4% de cas. Au moins une complication maternelle a été notée dans 65,3% de cas. La morbidité néonatale a été de 24% et la mortalité périnatale de 11,4%. *Conclusion*. Les ASAM restent fréquents dans notre population principalement par défaut d'information. L'éducation des populations sur les signes du travail permettrait de les diminuer.

MOTS-CLÉS • Accouchement sans assistance. Domicile. Complications maternelles. Complications périnatales. Congo.

UNASSISTED NATURAL CHILDBIRTH AT THE TALANGAI CENTRAL HOSPITAL IN BRAZZAVILLE, CONGO

ABSTRACT • *Objectives*. The purpose of this study was to determine the profile of women who give unassisted natural home childbirth (UNHC) in Brazzaville and to evaluate maternal and perinatal morbidity and mortality. *Patients and methods*. This prospective descriptive study was carried out at the Maternity Clinic of the Talangai Central Hospital (TCH) from November 1, 2006 to October 31, 2008. *Patient selection*. Women who gave UNHC and were afterwards admitted to the TCH. *Results*. The frequency of UNHC was 3.7%. The 19- to 35-year age bracket accounted for 72.6% of cases. The main causes underlying UNHC were ignorance of the initial clinical signs of labor for 37 of the 61 primipares (60.7%) and waiting for onset of labor before going to the hospital for 167 of the 360 paucipares and multipares (46.4%). For 234 women, UNHC occurred after pregnancy without prenatal care. In 57.8% of these cases, the reason for admission after UNCR was hemorrhage. More than half of the women (56.8%) who gave UNHC lived near a medical facility. Term pregnancies accounted for 41.3% cases of UNHC and undetermined term for 34.4%. At least one maternal complication was observed in 65.3% of cases. Neonatal morbidity was observed in 24% of cases and perinatal mortality in 11.4%. *Conclusion*. UNHC is still common in Brazzaville owing mainly to poor public awareness. Public information campaigns to educate women to recognize the initial signs of labor could decrease the frequency of UNHC.

KEY WORDS • Childbirth without assistance. Residence. Maternal and perinatal complications. Congo.

L'accouchement, en dépit des mesures qui l'entourent, représente toujours un moment à risque aussi bien pour la mère que pour l'enfant (1).

Malgré les campagnes d'information de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, dans les pays en développement en général et au Congo en particulier, bon nombre de femmes accouchent encore à domicile sans aucune assistance médicale alourdissant ainsi le pronostic materno-fœtal (1-5).

La réévaluation de la situation à Brazzaville a motivé cette étude dont les objectifs étaient de :

- déterminer le profil de la femme qui accouche sans assistance médicale à domicile et qui est ensuite admise à l'HBT et de déterminer les causes de ces accouchements à domicile ;
- évaluer la mortalité et la morbidité maternelle et fœtale.

Patientes et méthodes

Il s'est agi d'une étude prospective réalisée à la maternité de l'HBT du 01 novembre 2006 au 31 octobre 2008 soit 24 mois. Pour la collecte des données, une fiche d'enquête a été mise en place. L'interrogatoire des accouchées, les registres du bloc d'accouchement et du bloc opératoire ont été également utilisés. Ont été considérées comme primipares, paucipares, multipares et grandes multipares les patientes ayant accouchées respectivement 1 fois, 2 à 4 fois, 5 à 6 fois et supérieur ou égal à 7 fois. Seules les femmes ayant accouché en dehors d'une structure sanitaire et sans assistance ont été retenues pour cette étude. Ont été considérées comme bien suivies, les femmes ayant eu cinq consultations prénatales ou plus dont la première au premier trimestre, un bilan biologique de base et au moins une échographie. Les moyens de détermination du terme étaient : la date des dernières règles, l'échographie précoce. Ont été inclus dans la mortalité périnatale, les mort-nés supposés intrapartum et les décès néonataux précoces.

• Correspondance : ndingah@yahoo.fr

• Article reçu le 20/12/2010, définitivement accepté le 16/05/2011

Résultats

Au cours de la période d'étude, 13 833 femmes ont été reçues au bloc d'accouchement de l'HBT. Parmi elles, 516 ASAM soit une fréquence de 3,7 % dans la population reçue à l'hôpital. Seules 421 femmes soit 81,6 % ont fait l'objet de cette étude. Les autres (95 cas soit 18,4 %) ont été exclues pour avoir reçu des soins dans des cabinets privés avant d'être transférées. Quatre vingt dix femmes avaient moins de 19 ans (20,4 %), 302 femmes avaient entre 19 et 35 ans (72,6 %) et 29 femmes avaient plus de 35 ans (7 %). L'accouchée la plus jeune avait 14 ans et la plus âgée 44 ans. Il s'agissait de 61 primipares (14,5 %), 166 paucipares (39,4 %), 194 multipares et grandes multipares (46,1 %).

157 (37,3 %) femmes étaient de niveau primaire, 178 (42,3 %) femmes du niveau secondaire (collège et lycée) et 86 (20,4 %) femmes bachelières.

L'ignorance des signes du début du travail a été évoquée comme explication par 37 primipares sur 61 (60,7 %) et l'attente de l'entrée en travail par 167 paucipares et multipares sur 360 (46,4 %).

Les grossesses non suivies ont représenté 234 cas (55,8 %), les grossesses bien suivies 82 cas (19,5 %) et le suivi irrégulier ou l'abandon du suivi 104 cas (24,7 %).

Le motif d'admission après un ASAM a été l'hémorragie dans 57,8 % de cas et un examen systématique de la mère et de l'enfant dans 23,7 % de cas. Dans 10,9 % des cas, la consultation était motivée par l'état du nouveau né (Absence de cri, détresse respiratoire, convulsions, hypotonie, fièvre).

Parmi les ASAM, 239 femmes (56,8 %) habitaient la périphérie d'une structure pratiquant les accouchements.

Le délai écoulé entre l'accouchement et l'admission à l'hôpital a été de moins de 12 heures dans 335 cas (79,6 %) ; compris entre 12 et 24 heures dans 77 cas (18,3 %) et de plus de 24 heures dans 9 cas (2,1 %). Une accouchée est venue au dixième jour du post partum dans un tableau d'endométrite.

Les ASAM ont concerné 92 grossesses pré terme (inférieure à 37 SA) soit 21,9 %, 174 grossesses à terme (de 37 à 41 SA) soit 41,3 %, 10 grossesses post terme (supérieure ou égale à 42SA) soit 2,4 %. Les grossesses de terme imprécis (date des dernières règles méconnue) ont représenté 145 cas soit 34,4 %.

Au moins une complication a été retrouvée chez 275 femmes (65,3 %). Il s'agissait d'une déchirure périnéale dans 37,6 % des cas (102 patientes), d'une déchirure cervicale dans 18,5 % des cas (50 patientes), d'une hémorragie de la délivrance dans 11,8 % des cas (32 patientes), de rétention placentaire dans 35,8 % des cas (97 patientes). Une patiente consultait pour une rupture utérine, une autre pour une endométrite.

La morbidité néonatale était de 24 %. Soixante-cinq (15,4 %) nouveaux nés présentaient une souffrance cérébrale néonatale, 23 (5,5 %) une suspicion d'infection néonatale. Treize (3,1 %) nouveaux nés présentaient à la fois une souffrance cérébrale néonatale et une suspicion d'infection néonatale. 48 décès soit 11,4 % ont été enregistrés.

Discussion

L'accouchement à domicile sans assistance médicale demeure une réalité quotidienne dans notre milieu. Notre taux est voisin de celui de 2 % retrouvé par Gandzien (6) dans le même service il y a huit ans et indique que la situation ne s'est pas améliorée.

La disparité observée : 2,4 % d'Akpadza *et al.* (7) à Lomé, 43,3 % de Labama (5) à Kisangani, 11,94 % de Kouakou *et al.* (3) au centre hospitalier régional d'Aboisso en côte d'Ivoire, 10,7 % de Touré *et al.* à Bobo Dioulasso (8) s'explique par :

- la sous notification des cas puisque la plupart de ces femmes ne consultent qu'en cas de complication, et compte tenu du développement des cabinets médicaux, très peu arriveront donc à l'hôpital (5, 7) ;

- des différences d'ordre méthodologique (type d'étude, population étudiée, critères d'inclusion) ;

- des considérations socioculturelles selon les régions (analphabétisme, éloignement des hôpitaux, pauvreté, préférence d'accoucher dans le milieu familiale) (5, 11) ;

- la non-disponibilité des agents de santé qualifiés dans certaines communes rurales (9, 10) ;

- les problèmes de transport.

Les ASAM restent cependant un phénomène marginal au Congo par rapport à certains pays africains puisque l'EDSC-1 2005 (Enquête démographique et de santé du Congo 2005) notait que 82 % des femmes accouchent dans une structure sanitaire et 86 % de femmes accouchent en présence d'un personnel de santé qualifié (9, 11, 12).

En France environ 1 % des femmes accouchent à domicile, en Grande Bretagne 10 %, au Pays bas 30 % dans un cadre appelé « Accouchement à domicile » qui est un accouchement dans un milieu familial, réservé aux femmes à bas risque, sélectionnées pendant la grossesse et en début de travail et accompagnées par un professionnel (13).

Dans notre série, les ASAM ont concerné les femmes de tout âge avec un pic entre 19 et 35 ans qui constitue la tranche la plus active sexuellement. Nos résultats concordent avec ceux des autres séries africaines (14).

Les ASAM ont concerné beaucoup plus les paucipares et les multipares, constat fait par plusieurs auteurs (5, 6, 11).

Si chez les primipares la principale explication au phénomène ASAM été l'ignorance des signes du début du travail d'accouchement devant amener à la consultation, chez les paucipares et multipares, l'attente de l'entrée franche en travail a été la raison la plus évoquée. A ces motifs principaux s'ajoutent pour tous les groupes le manque de moyens de déplacement comme dans toutes les séries africaines.

Il s'est agi dans plus de la moitié des cas des grossesses non suivies comme l'avait noté Gandzien (6). Aucune différence n'a été observée du point de vue niveau d'instruction contrairement aux études qui ont retrouvé une relation entre l'analphabétisme et les accouchements à domicile (11, 15). Cette différence pourrait s'expliquer par le taux de scolarisation des femmes des différents pays (12, 16, 17).

L'hémorragie quelque soit son importance été le principal motif de consultation. La consultation de routine alors que la femme et le nouveau né se portaient apparemment bien (100 cas soit 23,7 %) arrive en deuxième position. Cela signifie que les femmes et les familles savent qu'après un accouchement sans problème, il y a nécessité de se présenter à l'hôpital pour se faire examiner.

Contrairement à certaines études (11, 18), les ASAM dans notre série ont concerné beaucoup plus les femmes qui habitaient à proximité d'une structure sanitaire. Les raisons évoquées, ignorance des signes du début du travail pour les primipares et attente de l'entrée franche en travail pour les autres, expliquent ce phénomène.

Neuf femmes (2,1 %) ont passé le délai critique de survenue de l'hémorragie de la délivrance à domicile et ne se sont pré-

sentées à l'hôpital que pour une complication. Plusieurs auteurs estiment que la proportion des femmes qui ne se présentent pas à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas de complications est importante (5).

La méconnaissance de la date des dernières règles apparaît comme un vrai facteur de risque puisqu'elle a concerné 34,4 % des grossesses.

Si dans notre série la mortalité a été nulle, par contre 64,4 % de femmes ont présenté au moins une complication. Les plus importantes retrouvées sont les déchirures périnéales et cervicales, les retentions placentaires et les hémorragies de la délivrance. Ces résultats concordent avec ceux des autres auteurs.

Il est cependant difficile par manque d'information d'établir avec exactitude la mortalité maternelle et périnatale des femmes qui ne se sont jamais présentées à l'hôpital après un ASAM. Cela constitue un vrai objet de recherche. On sait par contre que ces accouchements hors maternité se compliquent beaucoup plus que les accouchements en milieu hospitalier (3).

La morbidité néonatale a été de 24 % de cas et la mortalité périnatale lourde, 11,4 % de cas. Ce taux est de loin inférieur à la réalité puisqu'il n'a pas pris en compte les décès des nouveaux nés évacués vers d'autres hôpitaux à cause de la sévérité du tableau. On sait que dans des pays pauvres, la mortalité périnatale contribue à hauteur de 40 à 50 % dans la mortalité infantile (19) et elle est beaucoup plus élevée dans les accouchements à domicile par rapport aux accouchements en milieu hospitalier (3, 7, 8).

Conclusion

Les ASAM restent fréquents dans notre population principalement par défaut d'information et le pronostic maternel et fœtal est lourd : déchirures cervicales et périnéales, hémorragie de la délivrance, rétention placentaire, souffrance cérébrale néonatale, infection néonatale, décès. La responsabilité de la persistance du phénomène se partage entre la communauté, la femme elle-même et les pouvoirs publics. Une meilleure éducation des populations sur les signes du début du travail devant permettre à une femme de se présenter à la maternité constitue l'un des axes de résolution du phénomène.

Références

1. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, OMS ed, 2005, pp 68-9.

2. OMS. Pour une grossesse à moindre risque. Taux de naissances en présence d'un accoucheur qualifié-chiffres de 2008, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, département Santé et de recherche génésiques.
3. Kouakou KP, Djanhan Y, Doumbia Y. Le pronostic fœto-maternel des accouchements hors maternité : à propos de 124 cas colligés au centre hospitalier régional d'Aboisso (Côte d'Ivoire). *Rev Int Sc Med* 2006 ; 8 : 33-9
4. Diarra I, Camara S, Maiga MK. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. *Mali Med* 2010 ; 25 : 36-41.
5. Labama L. Accouchement à domicile, un risque pour la mère et l'enfant. *Congo Med* 1995 ; 12 : 720-3.
6. Gandzien PC, Ekoundzola JR. L'accouchement à domicile à l'hôpital de base de Talangai - Brazzaville. *Med Afr Noire* 2006 ; 53 : 405-8.
7. Akpaza JK, Baeta S, Amadou A, Ankou A. Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de Lomé. *Journal de la SAGO* 2004 ; 5 : 9-14.
8. Touré B, Dao B, Nacro B, Sankara N, Koné B. Accouchement à domicile: aspects épidémiologiques et cliniques en milieu urbain au Burkina Faso. *Journal de la SAGO* 2004 ; 5 : 36-41.
9. Ndiaye P, Amoul Kini G, Abdoulaye I, Diagne Camara M, Tal-Dia A. Parcours de la femme souffrant de fistule obstétricale au Niger. *Med Trop* 2009 ; 69 : 61-5.
10. Diallo FB, Diallo AB, Diallo Y, Goma O, Camara Y, Cisse M, et al. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. *Med Afr Noire* 1998 ; 45 : 723-8.
11. Diallo FB, Diallo TS, Sylla M, Onivogui F, Diallo MC, Balde IS, et al. Problèmes médicaux et socio culturels de l'inadéquation entre les taux de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés dans les 4 régions naturelles de la Guinée. *Med Afr Noire* 1999 ; 46 : 32-9.
12. Ministère du Plan, de l'Aménagement du territoire, de l'Intégration Economique et du NEPAD. Enquête démographique et de santé du Congo (EDSC-I) 2005. Rapport préliminaire. Mars 2006.
13. Pireyn-Piette CA. Accouchement à domicile: risque ou modèle ? Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme. Université Louis Pasteur. Faculté de Médecine, Ecole des Sages-Femmes de Strasbourg. Année 2005
14. Sepou A, Yanza MC, Penguele A, Ngbale R, Kouabosso A, Nali MN. Analyse des accouchements à domicile dans deux villes Centrafricaines : Bangui et Bambari. *Pharmacien d'Afrique* 2002 ; 156 : 3-8
15. Lankoande J, Ouedraogo C, Ouedraogo A, Akotiongo M, Sodo B, Toure B, et al. Mortalité maternelle à la Maternité du Centre Hospitalier National Yolgo Ouedraogo de Ouagadougou : à propos de 132 cas colligés en 1995. Recueil des résumés du 4ème congrès de la SAGO du 9 au 13 décembre 1996 à Abidjan (Côte d'Ivoire) page 25.
16. Ministère du Plan Direction Nationale de la Statistique Conakry Guinée EDSG-III. Enquête Démographique et de Santé 2005. Rapport préliminaire. Aout 2005.
17. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé DU Burkina Faso 2003 EDSBF III. Septembre 2004.
18. Conde MA. Accouchement à domicile, suivi et complication materno-fœtales dans la Préfecture de Forécariah. Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Conakry 1989.
19. Mortalité périnatale en Afrique de l'ouest : un exemple de médicalisation inadaptée. Editorial. *Revue Prescrire* 2003 ; 23 : 619-20.