

Profil De La Prématuration En Milieu Hospitalier De Beni En RDC

Kambale Isemighambo Anaclet¹; Okenge Ngongo Leon²; Mbungu Mwimba Roger³; Omanyondo Ohambe Marie-Claire⁴; Shongo Onasaka Leon⁵; Ramazani Tabora⁶; Mumbere Mukemay Jerlas⁷

^{1,7} Assistants ISTM OICHA/BENI/ NORD-KIVU/RDC

^{2,4} Professeurs à l'ISTM-KINSHASA/RDC

³ Professeur à l'Université de Kinshasa/RDC

⁵ Assistant à l'ISTM-KARAWA/RDC

⁶ Chef de Travaux à l'ISTM-KISANGANI/RDC



Résumé – la prématurité est la première cause de décès en période néonatale en RDC, où 310 000 nouveau-nés naissent trop tôt chaque année et 38 200 enfants de moins de cinq ans meurent de complications liées directement à la naissance prématurée. En effet, le milieu hospitalier de Beni n'est pas épargné du problème car les statistiques issues des registres des maternités en 2020 ont révélé que sur un total de 12153 naissances, 543, soit 4.46%, étaient prématurées.

Il s'agissait d'une étude cas témoins, nous avons utilisé la méthode d'enquête, la technique d'analyse documentaire et l'interview qui ont été facilitées par l'instrument de collecte des données. A l'issue des différentes analyses effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 21 et du logiciel R, la prévalence de la prématurité est de 33% et plusieurs facteurs socioculturels sont à la base de cette situation notamment : le milieu de résidence, la prise de l'alcool, la prise d'autres substances, le fait d'être soumis à un régime spécial, la pratique de rapports sexuels plus de trois fois par semaine au troisième trimestre etc.

D'où, la nécessité d'une meilleure prise en charge de ces facteurs de risque permettant de réduire son incidence.

Mots clés – Profil ; prématurité ; Beni-RDC

Abstract – Prematurity is the first cause of death in the neonatal period in the DRC, where 310,000 newborns are born too early each year and 38,200 children under five die of complications directly related to premature birth. Indeed, the hospital environment of Beni is not spared from the problem because statistics from maternity registers in 2020 revealed that out of a total of 12,153 births, 543, or 4.46%, were premature.

It was a case-control study, we used the survey method, the documentary analysis technique and the interview which were facilitated by the data collection instrument. At the end of the various analyzes carried out using the SPSS version 21 software and the R software, the prevalence of prematurity is 33% and several socio-cultural factors are the basis of this situation, in particular: the place of residence, the taking alcohol, taking other substances, being on a special diet, having sex more than three times a week in the third trimester, etc.

Hence the need for better management of these risk factors to reduce its incidence.

Keywords – Profile; prematurity; Beni-DRC

I. INTRODUCTION

Les informations relatives à la prématurité jouent un rôle important dans la planification du développement d'un pays. Elles constituent des indicateurs des progrès socioéconomiques et sanitaires. Elles définissent l'évolution de la situation dans l'un des

domaines qui préoccupent le plus les hommes, à savoir l'allongement de la durée de vie et l'élimination de la mort prématurée [1].

Si la naissance d'enfant prématuré tend à se réduire considérablement dans les pays développés, elle reste une préoccupation majeure en Afrique Subsaharienne, à tel point que les chercheurs continuent toujours de creuser les véritables raisons qui la sous-tendent [2].

Dans le même ordre d'idée, une étude rétrospective mono-centrique présente la situation de la manière suivante :

En Tunisie, 7606 naissances vivantes ont été enregistrées, parmi lesquelles 113 étaient des grands prématurés. Il s'agissait de très grands prématurés dans 13% des cas. Le sex-ratio était donc de 0.8. Le poids de naissance moyen à l'admission était de 1338 ± 349 g, et l'âge gestationnel moyen était de $30 \pm 1,7$ SA [3].

Au Cameroun, un total de 315 TPPN sur 5250 admissions a été recensé sur les deux périodes, soit une prévalence hospitalière de 6%. Le taux des tendances évolutives de la mortalité néonatale des nouveau-nés sortant vivants sur l'ensemble des deux périodes avait été de 52 %, correspondant à un taux de mortalité hospitalière (TMH) de 48 %. Cependant, ce TMH avait été de 53 % au cours de la période 1, et de 46 % au cours de la période 2 ($p=0,9$). Pour les nouveau-nés de poids ≥ 1000 g et < 1500 g, le TMH avait évolué de 47 % en période 1 à 37 % en période 2 ($p \leq 0,05$) [4].

Par contre le taux de mortalité avait été de 47 % (93/196) pour les cas de naissance par voie basse et de 20 % (4/20) pour les cas de césarienne, odds ratio 3,61 $p \leq 0,02$ [5].

En République Démocratique du Congo, 310 000 nouveau-nés naissent trop tôt chaque année et 38 200 enfants de moins de cinq ans meurent de complications liées directement à la naissance prématurée [6].

Dans le milieu hospitalier de Beni, le constat reste le même car plusieurs naissances prématurées ont été enregistrées en 2019 et en 2020 [7].

Par ailleurs, pour prévenir et ou /réduire la survenue des naissances prématurées, l'OMS recommande une alimentation saine et la maîtrise des différents déterminants de la prématurité. Ce dans cette optique que nous désirons décrire le profil de la prématurité en milieu hospitalier de BENI afin d'améliorer la santé des nouveau-nés en République Démocratique du Congo en générale et plus particulièrement en milieu hospitalier de BENI.

II. MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la santé de la reproduction et est effectuée en milieu hospitalier de Beni, dont 5 en milieu urbain (la ville de Beni) et 3 en semi urbain (territoire de Beni).

Il s'agissait d'une étude cas témoins portant sur le profil de la malnutrition en milieu hospitalier de BENI.

Dans notre étude, les cas observés étaient les enfants nés prématurés tandis que les témoins étaient des enfants nés à terme.

D'après cette étude, un témoin c'est un nouveau-né à terme né d'une mère dont les conditions socioculturelles sont identiques à celle qui a donné naissance à un nouveau-né prématuré. Cette étude s'est déroulée du 02 Septembre 2021 au 29 février 2022, soit 6 mois.

Le choix de la population était opéré en fonction des objectifs de l'étude ; ainsi, notre population d'étude était constituée des mères des nouveau-nés prématurés dans les hôpitaux de Beni. Pour cette étude, l'échantillonnage utilisé était à plusieurs degrés :

- ✓ Au premier degré, nous avons procédé à la randomisation des Zones de Santé ;
- ✓ Au second degré, nous avons choisi les structures de référence qui avaient le service de néonatalogie ;
- ✓ Quant au troisième degré, la stratification proportionnelle a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon, pour chaque structure sélectionnée.

Après calcul de la taille de l'échantillon nous avons obtenu une taille de 200 cas de prématurité. Une proportion d'un cas pour deux témoins était retenue, pour nous permettre de mettre en évidence une différence significative, si elle existe en réalité (donc 200 cas et 400 témoins).

En ce qui concerne cette étude, nous avons utilisé l'interview semi structurée individuelle face à face, afin d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixé.

Pour aboutir aux objectifs que nous nous sommes assigné, nous avons établi un questionnaire d'enquête comportant des questions fermées, qui étaient administrées aux mères ayant donné naissance aux enfants prématurés et non prématurés.

La collecte des données s'est effectuée sur base d'un questionnaire préétabli, et l'interview entre l'enquêteur et l'interviewée se faisait dans un endroit isolé jugé sécurisé par l'interviewée. Cette interview se faisait après consentement de l'interviewée.

La durée de l'interview était de 25 minutes, contrairement à celle de l'enquête pilote qui variait entre 10 à 15 minutes, le nombre des enquêtées par jour dépendait de la fréquence des naissances prématurées. La fin de chaque journée était sanctionnée par une évaluation faite par les enquêteurs, afin d'identifier les difficultés rencontrées et d'y trouver des pistes de solution.

Les données provenant des sites de collecte, consignées sur les outils de collecte de données par les enquêteurs, ont été compilées, codifiées, leur saisie ayant été faite au moyen du logiciel Excel 2016 pour analyser les variables d'identification des enquêtées.

L'analyse statistique a ainsi été faite en guise de description de l'échantillon, en faisant le comptage des effectifs, la moyenne de la distribution, et les pourcentages.

III. RÉSULTATS

Prévalence de la prématurité en milieu hospitalier de BENI

Pour cette étude, la prévalence de la prématurité trouvée en milieu hospitalier de BENI est 33% comme illustre la figure 1.

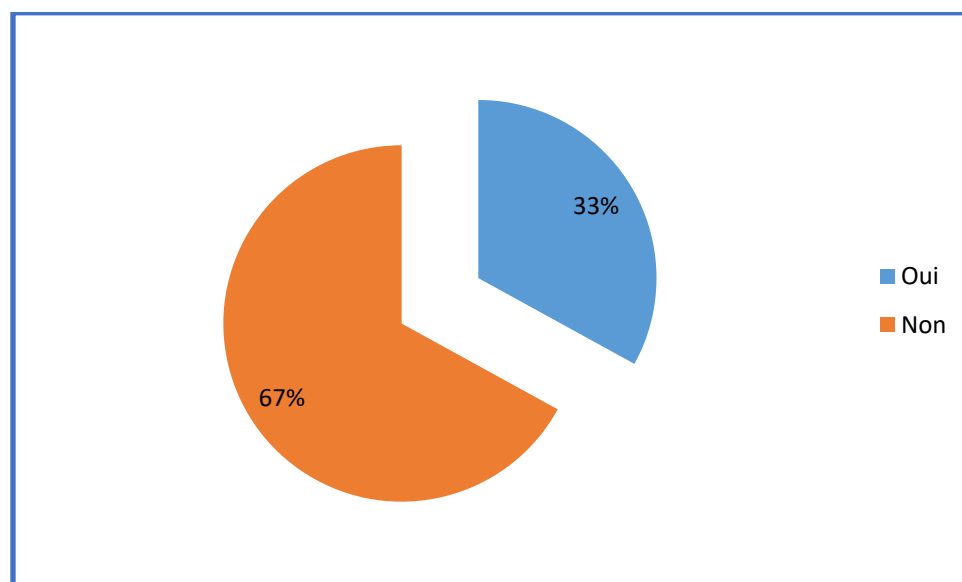


Figure 1. Prévalence de la prématurité en milieu hospitalier de BENI

Tableau I Caractéristiques socio culturelles

Variables n=600	Modalités	%
Zone	BENI	48.8
	KYONDO	19.0
	MABALAKO	7.7
	OICHA	24.5
Milieu de vie	*Urbain	37.5
	Rural défavorisé	30.2

Niveau d'étude des accouchées	Semiurbain	32.3
	Analphabète	40.5
	Autres	59.5
Niveau d'étude des partenaires	Analphabète	37.8
	Autres	62.2
Religion	Chrétiennes	90.0
	Non chrétiennes	10.0
Activités principales des partenaires	Secteur indépendant	74.2
	Secteur privé	11.0
	Secteur public	14.8
Tribus	Mbuba	16.2
	Mushi et autres	11.0
	Nande	72.8

Le tableau I atteste que de tout l'ensemble de nos enquêtées, 48,8% étaient issues de la Zone de Santé de Beni, 24,5% de la Zone de Santé de Oicha, 19,0% de la Zone de Santé de Kyondo et, enfin, 7,7% de la Zone de Santé de Mabalako. Quant au milieu de résidence, il se fait constater que la majorité de nos enquêtées, soit 37.5%, était issu du milieu urbain.

En analysant le même résultat, nous constatons également que les accouchées ayant un bon niveau d'instruction prédominaient avec 59.5% alors que les analphabètes représentaient 40.5%. Du côté des partenaires, 62.2% avaient un bon niveau d'instruction, contre 37.8% des analphabètes. Quant à la religion, 90% étaient des chrétiennes. S'agissant des activités des partenaires de nos enquêtées, 90% étaient issus du secteur indépendant ; et par rapport aux tribus, 74% de nos enquêtées étaient issus de la tribu des Nande.

Tableau II Caractéristique socio démographique

Variables (n=600)	Modalités	%
Age gesta (mean (SD))	37.14	(3.91)
Statut matrimonial	Mariées	(68.5)
	Non mariées	(31.5)
Nombre personne	1 à 5	(44.7)
	6 à 10	(8.0)
	11 à 15	(3.3)
	16 à 20	(44.0)
Famille d'appartenance	je ne sais	(5.0)
	Monogame	(72.5)
	polygame	(22.5)
Légitimation mariage	Non	(56.5)
	Oui	(43.5)
Rang des ménages occupé	Premier	(57.0)
	Deuxième	(24.8)
	Troisième	(8.5.)
	Quatrième	(4.0)
	Troisième	(5.7)

Au regard de ce tableau, il ressort donc ce qui suit : quant au statut matrimonial : les mariées étaient prédominantes, avec 68.5%. S'agissant de la famille d'appartenance, la majorité de nos enquêtées, soit 72.5%, appartenait aux familles monogamiques

et 57.0% occupaient le premier rang de ménage. De la taille de ménage : 44.0% avaient une taille de ménage composée de 1-5 personnes suivies de celles de 6-10 personnes, avec 44%.

Tableau III Paramètres liés à la grossesse

Variables (n=600)	Modalités	%
Suivi CPN	Non	(41.0)
	Oui	(59.0)
Nombre visite	1 visite	(23.7)
	2 visites	(25.0)
	3 visites	(24.5)
	4 visites	(21.8)
	>4 visites	(5.0)
Age de conception	18 à 35 ans	(64.0)
	Moins de 18 ans	(26.2)
	Plus de 35 ans	(9.8)
Intervalle inter génésique	< 2 ans	26.3)
	2 ans et plus	(53.5)
	Aucun	(20.2)
Agression physique	Non	(73.0)
	Oui	(27.0)
Rapport sexuel	Non	(52.3)
	Oui	(47.7)
Géophagie	Non	(57.5)
	Oui	(42.5)
Activités pendant la grossesse	Jamais	(7.5)
	Quelquefois	(26.3)
	Rarement	(23.5)
	Souvent	(42.7)
Activités réalisées	Autre	(6.8)
	Charges lourdes	(5.8)
	Long déplacement à pied	(18.6)
	Travail de champs	(13.2)
	Travail ménager	(55.7)
Système thérapeutique	Les deux à la fois	(6.4)
	Moderne	(75.0)
	Traditionnel	(18.6)
Thérapeutique	Aucun	(13.8)
	Automédication	(37.5)
	Médication	(27.2)
	Traditionnel	(21.5)
Régime spécial	Non	(83.0)
	Oui	(17.0)
Interdit alimentaire	Origine animale	(28.4)
	Origine végétale	(71.6)

Prise de cigarette	Non	(95.3)
	Oui	(4.7)
Autres substances	Alcool	(30.2)
	Aucune	(44.7)
	Autres	(21.7)
	Tabac cannabis	(3.5)

Le résultat ci-haut obtenu explique que les enquêtées ont suivi régulièrement la CPN à 59,0%. Quant au nombre de visites réalisées, 21% ont fait 4 visites et 5.0% ont fait plus de 4 visites.

Il découle du même tableau que concernant l'âge de conception, la plupart de nos enquêtées, soit 64 ,0%, concevaient entre 18-35 ans, suivies de celles de moins de 18ans avec 26.2%. Du côté de l'intervalle inter génésique, nous constatons aussi que la majorité, soit 53.5%, avait un intervalle de 2ans et plus. Quant aux rapports sexuels ,47.7% de nos enquêtées les faisaient plus de trois fois par semaine au troisième trimestre. La lecture du même tableau atteste que 27,0% de nos enquêtées avaient été agressées physiquement.

Le résultat ci-haut obtenu montre que 37,5% de nos enquêtées recouraient à l'automédication pendant la grossesse ; 27,2% recouraient à la médication, 16,0% recouraient au système traditionnel, 13,8% ne recouraient à aucun système thérapeutique, et enfin 5,5% recouraient aux deux systèmes à la fois.

Enfin, il sied de signaler aussi que 17% de nos enquêtées étaient soumises à un régime spécial pendant la grossesse ; 67,2% n'avaient pas de problème d'interdits alimentaires ; 28.4% avaient un problème d'interdits des produits d'origine animale contre 71.6%, qui avaient un problème d'interdits des produits d'origine végétale ; enfin ,57.5% ne pratiquaient pas la géophagie.

Tableau IV Paramètres liés à l'accouchement

Variables	Modalités	%
Prématurité (prévalence)	*Témoins	(66.7)
	Cas	(33.3)
Statut des naissances	A terme	(81.8)
	Prématuré	(18.2)

Il ressort de ce tableau que les témoins prédominent avec 66.7% suivi de 33.3% des cas ; quant au statut de leur naissance, il ressort clairement que les accouchées nées à terme étaient prédominantes avec 81.8%, suivies de celles nées prématurément, avec 18.2%.

Tableau V. Type de grossesses (n=200cas ; n=400témoins)

Type de grossesses	Modalités	%
Cas et témoins	Grossesse unique	98
	Grossesse gémellaire	2

Il se dégage de ce tableau que les grossesses uniques représentent 98% contre 2% des grossesses gémellaires.

IV. DISCUSSIONS

La naissance avant terme, ou la naissance prématurée, est habituellement un événement non planifié. Selon les causes de la naissance et l'état de prématurité du nouveau-né, il se peut aussi que ce soit une urgence.

A l'issue de nos analyses, nous avons constaté que les femmes célibataires représentaient 31.2% et les mariées 68.8%. L'état civil et le mode de vie des mères (le fait de vivre seule, en couple, etc.) sont des caractéristiques sociales associées à des facteurs de risque, tels l'isolement social, le niveau du revenu, qui influence la prématurité et le petit poids à la naissance [8-9]. Ainsi un pourcentage de faible poids à la naissance de 4,9% chez les nouveau-nés nés des femmes mariées comparativement à 8,5% dans le cas des femmes célibataires. Cependant, les auteurs pensent que le véritable facteur de risque pourrait plutôt résider dans le fait de vivre en couple ou non. En effet, celles-ci ont examiné la structure de la maisonnée, plutôt que le statut civil des femmes

enceintes, en la mettant en relation avec le poids du nouveau-né. Elles notent ainsi que chez les mères vivant seules, le pourcentage de nouveau-nés de petit poids à la naissance est de 11,1 %, alors que chez les femmes ne vivant pas en couple, mais n'étant pas seules à la maison (présence de parents, d'amis, etc.), il est de 9,9 %. Pour les femmes habitant avec un conjoint, la proportion de nouveau-nés de faible poids à la naissance n'est que de 6 %. Bien que le fait de vivre en couple s'accompagne souvent de meilleures conditions de vie en général (augmentation des revenus ou partage des frais), il semble que le bien-être affectif de la future mère soit aussi associé au bon déroulement de la grossesse.

Une étude épidémio-clinique de service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune I du district de Bamako, de janvier 2006 à décembre 2007 à propos de 195 cas, a pu constater que 91,79% des patientes avec menaces d'accouchements prématurés étaient mariées $P < 0.05$; il a donc conclu qu'il y avait une différence significative. Pour dire que le fait d'être marié était jugé comme facteur de risque associé [10].

Dans une étude sur les aspects épidémio-cliniques et pronostiques de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique du C.H.U du point-g au Bamako, constate que les femmes vivant sans conjoint représentaient 6.1%, et celles avec conjoint ,93.9% [11]. Dans une étude faite en 2015 sur la prévalence et les facteurs associés au faible poids de naissance à la maternité de l'hôpital provincial de Mohammedia au Maroc, par Samira Hassoune et al, ont constaté que la prévalence du FPN était plus élevée chez les femmes vivant seules que chez les femmes en couple ($P=0,02$). 4.9% et 20.9% dans la même étude parmi les nouveaux nés enquêtés, 38 avaient un poids de naissance inférieur à 2500g, soit une prévalence du faible poids de naissance [12].

V. CONCLUSION

Les prématurés ou enfants nés trop tôt, à savoir à moins de 37 semaines de grossesse, sont particulièrement à risque. Aujourd'hui, la prématurité est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, mondialement, et elle est également la première cause d'infirmité et de mauvaise santé plus tard.

A l'issue de notre étude, nous constatons que la prématurité est un problème réel en milieu hospitalier de Beni et est responsable de lourdes conséquences sur les nouveau-nés et leurs parents respectifs. D'où, la nécessité d'une meilleure prise en charge de plusieurs facteurs décrits ci-haut permettant de réduire son incidence dans notre milieu de vie.

RECOMMANDATIONS

De manière générale, nos résultats se veulent un signal d'alarme sur la nécessité d'actions à entreprendre en vue d'améliorer et de garantir le bien-être à cette catégorie de nouveau-nés. Ces actions doivent s'intéresser au volet préventif de l'accouchement prématuré, au renforcement des structures existantes en matière de personnels qualifiés et de moyens techniques, pour un rendement meilleur. Ainsi nous demandons aux autorités de :

- ✓ Sensibiliser les gestantes sur les méfaits de l'alcoolisme et toutes autres substances toxiques.
- ✓ Sensibiliser la population sur l'importance de l'auto dépendance en créant les activités génératrices de revenus.
- ✓ Intensifier la sensibilisation de la population habitant les milieux ruraux et semiurbains sur le changement des comportements.
- ✓ Sensibiliser la population sur le bienfondé de l'espacement des naissances, les méfaits de l'automédication et de la réduction de la fréquence des rapports sexuels à partir du troisième trimestre.

RÉFÉRENCE

- [1] Anctil, H., Jobin, L., Pigeon, M., & Émond, A. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- [2] Battisti, O., Séghaye, M.C, Nymugabo, K., Gkiouki, Firnhaber, C, Schumacher, K., équipe du service obstétrical et de néonatalogie. *Néonatalogie pratique* (2012). *Faculté de médecine, Université de Liège*.
- [3] Bellaiche, M., PHAM, A., (2017). *Pédiatrie 10^{ème} édition Paris*.
- [4] Bourrillon, A., Bemond D., Brion, F., Chabrol., Chantepi, A., Chouraqui, JP., Deshenes, G., Faye, A., Gras-Leguen, C., Jarreau,P-H.

- [5] Émond, A. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications. ISBN : 978-2-550-59234-1.
- [6] Isabelle, E. (2018) et Lochouan M. (2015). *Comment réduire le risque d'accouchement prématuré*.
- [7] Job-Deslandre,C., Labrune ,P., Lechevallier,J., Léger ,J., Le Heuzey, M-F . ,
- [8] Lansac, J., Evrard,N., (2011). *Le grand livre de ma grossesse*
- [9] Lansac, J., Magnin, G., Senthiles,L., 6^{ème} édition Masson (2011). *Obstétrique pour le praticien*
- [10] Lorette,G., Perel,Y., Raybojad, M., Sebag,G., Van Den Abbeele, T (2011). *Pédiatrie pour le praticien* 6^{ème} édition.
- [11] Marpeau, L., avec la collaboration du collège national des sages-femmes et l'association française des sages- femmes (2020). *Traité d'obstétrique*
- [12] Merger, R., Lévy,J., Melchior,J., et all. Précis d'obstétrique.