

Mortalité maternelle à Kinshasa/RDC : Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins obstétricaux dans les structures sanitaires de référence

Par Eugénie KABALI

Introduction : La mortalité maternelle, en République Démocratique du Congo, est estimée à plus de 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (OMS /UNICEF, 2003 ; RDC et al., 2002). Le manque de soins obstétricaux peut être relié aux trois délais. En effet, le modèle des trois délais comprend le délai dans la reconnaissance de la complication qui entraîne souvent une décision tardive de consulter (1^{er} délai) ; le délai pour atteindre à temps une structure sanitaire capable de prendre la complication obstétricale en charge connu comme le 2^{ème} délai (difficultés accès physique ou financier) et le troisième délai qui consiste en un délai dans l'administration des soins lorsqu'on a atteint une structure sanitaire (Thaddeus et Maine, 1994).

Objectifs : L'objet de cette communication est tout d'abord de présenter une typologie des trajectoires suivies (itinéraires thérapeutiques) par les enquêtées à partir du début du travail d'accouchement. Ensuite, il s'agira d'analyser les conditions d'accès au système de santé qui seront appréhendées à travers les parcours des femmes, en portant une attention particulière aux types de filières suivies en fonction d'un certain nombre de caractéristiques : durée d'évacuation, durée d'attente et durée d'hospitalisation.

Méthode : Dans le cadre de notre recherche, une enquête cas-témoins a été menée pour saisir les facteurs associés à la mortalité maternelle à Kinshasa. Les cas sont les femmes décédées durant leur grossesse ou dans les 42 jours qui ont suivi sa terminaison (à l'exclusion des grossesses extra utérines et des avortements) et les témoins sont des femmes ayant subi le même type de complication, reçu les soins dans le même établissement et à la même période que les femmes décédées mais ayant survécu. Les données qui se réfèrent à la période de janvier à décembre 2004 ont été collectées de février à juin 2005. L'étude a été menée dans des structures sanitaires et dans des ménages pour saisir les facteurs médicaux et non médicaux liés aux décès maternels. A partir des registres des maternités et des dossiers hospitaliers, les décès maternels et les survivantes ont été enregistrés. Les femmes survivantes et les proches parents des femmes décédées ont été interviewés sur les circonstances qui ont entouré la complication obstétricale sévère ou le décès au sein des ménages des enquêtées.

Trois structures de référence au niveau de chacun de cinq districts sanitaire de la ville ont été retenues. Comme dans trois structures retenues les décès maternels n'étaient pas enregistrés, 12 structures au total ont concerné l'enquête. Il s'agit des structures qui ont le plus grand nombre de décès maternels enregistrés durant l'année 2004. Si le nombre de décès maternels est équivalent dans deux structures, on choisit la maternité qui a le plus grand volume d'accouchements. Pour cette communication, l'analyse statistique a été faite par le test de khi carré à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : Au total, nous avons retenu 110 décès maternels et 208 survivantes qui avaient des informations au niveau de l'hôpital et au niveau des ménages. Les enquêtées présentent les caractéristiques générales suivantes qui n'ont pas révélé de différence statistiquement significative : âge moyen 29, 4 ans survivantes et 29,5 ans décédées, natives de Kinshasa ou y résident depuis plus de 5 ans, huit femmes sur dix ont atteint un niveau d'instruction

équivalent au secondaire. Les deux principales complications qui ont été à la base du transfert entre institutions sont les hémorragies et les dystocies. Les femmes auto-référées elles, ont plus développé des hémorragies et des troubles d'hypertension de la grossesse. En revanche, 54% parmi elles sont ménagères ou sans emploi, 88% ont été au moins à une CPN pendant la dernière grossesse dont 16% ont commencé les CPN lorsque la grossesse avait atteint le troisième trimestre avec des différences entre décédées et survivantes. Les résultats sur les itinéraires thérapeutiques montrent aussi des différences entre les femmes décédées et survivantes. La majorité des enquêtées ont été évacuées vers des structures de référence (74% des décédées vs 65% des survivantes). Par ailleurs, les femmes décédées ont effectué un parcours plus long (ayant transité par plusieurs structures sanitaires) que les survivantes : 19% contre 13%. Quant aux survivantes, elles sont proportionnellement plus nombreuses à effectuer un parcours unique (du domicile directement vers la structure de référence étudiée : auto-référence) ou transitent d'abord par une autre structure sanitaire pouvant prendre en charge une complication obstétricale.

L'intervalle de temps qui s'écoule depuis l'arrivée dans la première structure sanitaire et l'arrivée dans la structure de référence pour accouchement ou complication de la grossesse montre que 70% des femmes décédées et 85% des femmes survivantes ont été évacuées vers les structures de référence dans le courant du jour d'admission (durée inférieure à 24 heures), les survivantes bénéficiant toujours d'évacuations plus rapides même si on considère des courtes périodes : moins d'une heure (22% vs 12%), entre une et deux heures (24% vs 24) et entre 3 et 23 heures (39% vs 34%).

On observe que les femmes ayant été référées à partir d'un hôpital ou d'une maternité ont été plus nombreuses à être évacuées dans les premières 24h suivant leur admission (87%) que celles qui ont commencé par un centre de santé ou un centre médical (79%).

Les survivantes interviewées ont estimé que leur prise en charge n'était pas immédiate dans la structure de référence par rapport aux répondants pour des décédées. Cependant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

L'intervalle de temps entre le moment d'admission et le décès est très court. C'est dire combien ces patientes parviennent tardivement à la maternité de référence. Si 90% des femmes sont décédées pendant la première semaine d'hospitalisation (dont 63% décédées le jour de l'admission, 12% entre un et deux jours et 15% entre trois jours et une semaine), pour les survivantes 76% ont été hospitalisées pendant plus d'une semaine dont 43% entre une et trois semaines et 33% pendant plus de trois semaines. La durée a été prolongée car généralement, les femmes survivantes n'arrivaient pas à payer les factures relatives à leur prise en charge lorsqu'elles avaient subi une césarienne.

En conclusion, ces résultats confirment l'effet néfaste des références successives et tardives relevé dans d'autres études.