Revue de l'Infirmier Congolais

Article Original e-ISSN: 3006 - 2187 p-ISSN: 2520 - 0844

Issue maternelle en cas d'accouchements dystociques à l'Hôpital Général de Référence Kenya de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Joséphine K. Bishimba[1], Ilunga U. Nzanza[1], Jacob Katunga[2], Baudouin Abedi[3,4], Léon M. Katanga[1], Ivone L. Sanga[1], Solange N. Muyumba[1], Belinda Kitambo[1], Lizzia K. Maloba[1], Bin Vévé K. Emedi[5], Michel Ntanga[1]

[1] *Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*
[2] *Université de Mwene-Ditu, Ecole de Santé Publique, Mwene-Ditu, République Démocratique du Congo.*
[3] *Université des Sciences et de Technologie de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*
[4] *Zone de santé de Kipushi, Ville de Kipushi, Kipushi, République Démocratique du Congo.*
5 *Chercheur Indépendant, Ville de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*

Résumé

Introduction. L'accouchement dystocique constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelles en Afrique subsaharienne. Cette étude visait à déterminer la fréquence des accouchements dystociques et les facteurs associés à l'issue maternelle à l'Hôpital Général de Référence (HGR) Kenya de Lubumbashi.

Matériel et Méthodes. Une étude descriptive transversale à visée analytique a été menée de janvier à août 2023. L'échantillon comprenait 91 parturientes présentant une dystocie, sur un total de 1901 accouchements. Les données ont été analysées via SPSS, avec régression logistique multivariée pour identifier les déterminants de l'issue maternelle.

Résultats. La fréquence de la dystocie était de 4,8% (âge moyen : 31,7 ± 9,4 ans). La majorité des femmes étaient primipares (67,0%), non scolarisées (53,8%) et sans suivi prénatal (54,9%). La dystocie dynamique prédominait (58,2%) et la césarienne était réalisée dans 51,6% des cas. Le taux de mortalité maternelle était de 6,6%. En analyse multivariée, l'absence de CPN (ORa = 6,85 ; p = 0,015) et le faible niveau d'instruction (ORa = 4,52 ; p = 0,034) étaient significativement associés au décès maternel.

Conclusion. La dystocie demeure fréquente et grave. L'absence de suivi prénatal et le faible niveau d'instruction des parturientes sont des déterminants majeurs de la mortalité maternelle. Le renforcement de l'éducation sanitaire et l'amélioration de l'accès aux soins prénatals sont prioritaires.

Mots-clés : *Accouchement dystocique ; issue maternelle ; mortalité maternelle ; consultation prénatale ; Lubumbashi.*

Correspondance:
Joséphine K. Bishimba. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 815 512 580 -mail:josephinekalenga210@gmail.com
Article reçu: 13-08-2026 **Accepté**: 25-10-2026
Publié: 14-11-2026

Copyright © 2026. Joséphine K. Bishimba *et al*. 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.

Pour citer cet article: Bishimba JK, Nzanza IU, Katunga J, Abedi B, Katanga LM, Sanga IL, Muyumba SN, Kitambo B, Maloba LK, Emedi BVK, Ntanga M. Issue maternelle en cas d'accouchements dystociques à l'Hôpital Général de Référence Kenya de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2026;10(1):83-90. https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

Introduction

L'accouchement dystocique, défini comme toute anomalie dans la progression du travail d'accouchement d'origine dynamique ou mécanique, constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Environ 15% des femmes développent une complication susceptible de mettre leur vie en danger au cours de la grossesse ou de l'accouchement [1]. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la dystocie et sa forme la plus sévère, l'accouchement obstructif, demeurent l'une des principales causes directes de morbidité maternelle sévère et de mortalité maternelle. Une méta-analyse incluant des données éthiopiennes a rapporté une incidence globale de l'accouchement obstructif de 12,93%, avec des taux élevés de complications associées telles que la septicémie (38,59%), la mortinaissance (38,08%), l'hémorragie du post-partum (33,54%) et la rupture utérine (29,84%) [2]. Une étude multicentrique menée dans le sud de l'Éthiopie a confirmé cette tendance en rapportant une prévalence de 15,8% de l'accouchement obstructif, soulignant que l'âge maternel, le suivi de la consultation prénatale, la durée prolongée du travail et la survenue de complications étaient significativement associés à cette pathologie [3].

En République Démocratique du Congo (RDC), la mortalité maternelle reste parmi les plus élevées au monde. L'utilisation des services de santé maternelle demeure sous-optimale, entravée par des barrières géographiques, temporelles et socioculturelles, notamment des normes communautaires décourageant l'initiation précoce des consultations prénatales [4]. Par ailleurs, la qualité des soins obstétricaux est directement influencée par les compétences des prestataires de santé. Une étude menée dans les provinces du Kasaï et du Maniema a révélé que près de la moitié des agents de santé présentaient des connaissances (50,6%) et des pratiques (53,3%) inadéquates en matière de santé maternelle et infantile, ces lacunes étant significativement associées à un faible niveau de qualification et à l'absence de formation continue [5].
Sur le plan de la prise en charge des urgences obstétricales, le modèle des « trois retards » reste un cadre d'analyse pertinent. Une étude menée au Rwanda a montré que les retards institutionnels (diagnostic et traitement) constituaient le facteur évitable le plus fréquent, représentant 65,3% des cas de morbidité maternelle sévère et de décès évitables, tandis que l'antécédent de césarienne (24%) et la dystocie ou le travail prolongé (13,2%) étaient des contributeurs majeurs [6].

En RDC, une étude réalisée à l'Hôpital Général Provincial de Kananga a identifié le travail prolongé comme un facteur indépendamment associé aux complications post-césarienne, la césarienne d'urgence constituant également un facteur de risque indépendant [7].
Sur le plan clinique, la prolongation anormale du travail est intimement liée à la survenue de la dystocie. Une analyse secondaire de données prospectives portant sur des grossesses à bas risque a démontré qu'une durée prolongée de la phase de latence était significativement associée à un risque accru de diagnostic de dystocie chez les primipares ; chez les multipares, ainsi qu'à un recours plus fréquent aux interventions telles que l'administration d'ocytocine [8]. Une méta-analyse de 13 études observationnelles incluant 337 845 parturientes a par ailleurs établi que la prolongation de la deuxième phase du travail était associée à un risque accru d'hémorragie du post-partum, de chorioamniotite, d'endométrite, de fièvre du post-partum et de lésions obstétricales du sphincter anal, avec des taux plus élevés de présentation occipito-postérieure persistante et de dystocie des épaules [9]. Concernant les issues néonatales, cette même étude a rapporté une augmentation du risque d'admission en unité de soins intensifs néonatals et de sepsis néonatal, bien que le risque de mortalité périnatale soit resté comparable à celui observé lors d'une deuxième phase de durée normale [9]. Enfin, une vaste étude de cohorte rétrospective canadienne a montré que, chez les femmes présentant une dystocie, l'utilisation de forceps ou de ventouse était associée à un risque plus élevé de morbidité et de mortalité périnatales sévères par rapport à la césarienne [10].

Malgré ces données internationales, les preuves locales concernant la fréquence des accouchements dystociques et leurs conséquences maternelles en RDC, en particulier dans la province du Haut-Katanga, restent limitées. Les études existantes se sont principalement concentrées sur les complications post-césarienne ou sur les déterminants systémiques de l'utilisation des soins, sans analyser spécifiquement la dystocie comme facteur d'exposition indépendant dans les structures hospitalières de référence. La présente étude vise à déterminer la fréquence des accouchements dystociques et à identifier les facteurs associés à l'issue maternelle à l'Hôpital Général de Référence Kenya de Lubumbashi, afin de fournir des données probantes locales pour l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et la réduction de la mortalité maternelle dans cette région.

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

Matériel et Méthodes

Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Général de Référence (HGR) Kenya de la ville de Lubumbashi, Province du Haut-Katanga, en République Démocratique du Congo.

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale à visée analytique réalisée sur une période allant de janvier à août 2023.

Population d'étude

La population d'étude était composée des femmes ayant accouché au sein de l'HGR Kenya durant la période d'étude.

- *Echantillonnage et taille d'échantillon*

Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été adopté et la taille d'échantillon était de 91 parturientes ayant présenté des dystocies sur un total de 1901 parturientes ayant accouché à la maternité de l'HGR Kenya pendant la période d'étude allant de janvier à Août 2023.

- *Critères d'inclusion*

Étaient éligibles dans cette étude toutes les parturientes ayant présenté des dystocies à la maternité de l'HGR Kenya.

Collecte des données :

- Méthode : nous avons utilisé une méthode prospective de janvier à Août 2023.
- Techniques : Nous avons fait recourir à l'analyse documentaire regroupant les dossiers de consultation prénatale, les partogrammes et les registres d'accouchements. Les informations non saisissables par l'analyse documentaire ont été facilitées par l'interview avec le personnel présent lors de la récolte des données.

Analyses statistiques

Les données ont été saisies et codées sous Microsoft Excel, puis analysées au logiciel SPSS version 20. Les traitements ont porté sur des analyses descriptives (univariées), analyses bivariées(inférentielles) et analyse multivariée par régression logistique, permettant de produire des tableaux et des indicateurs statistiques nécessaires à l'exploitation des résultats.

Considérations éthiques

Notre étude a reçu l'autorisation des autorités de l'HGR Kenya. Tous les participants ont été informés de l'objectif poursuivi par l'étude. Le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

Résultats

Au cours de la période d'étude allant de janvier à août 2023, 1901 femmes ont accouché à l'Hôpital Général de Référence Kenya. Parmi elles, 91 ont présenté un accouchement dystocique, soit une fréquence de 4,7%. La figure 1 illustre cette répartition, où les accouchements eutociques représentent la proportion majoritaire de l'échantillon global.

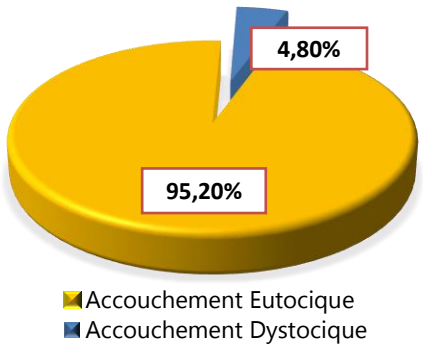


Figure 1. Fréquence de l'accouchement dystocique

Concernant les caractéristiques sociodémographiques (Tableau I), l'âge moyen des parturientes était de 31,7 ± 9,4 ans. La tranche d'âge de 20 à 34 ans était la plus représentée avec 51,6% des cas. La majorité des femmes étaient sans occupation professionnelle (50,5%) et non scolarisées (53,8%). Elles résidaient majoritairement dans la zone de santé Kenya (65,9%) et étaient mariées dans 57,1% des cas. La primiparité constituait le statut le plus fréquent, représentant 67,0% de l'effectif *(Tableau 1).*

Les données cliniques à l'admission montrent que 65,9% des parturientes avaient une taille inférieure ou égale à 150 cm et 54,9% pesaient plus de 45 kg. L'âge gestationnel majoritaire se situait entre 34 et 36 semaines d'aménorrhée (45,0%). Concernant le suivi prénatal, Les CPN n'ont pas été suivi dans 54,9% des cas. À l'examen, le col était fermé dans 56,1% des cas, la poche des eaux rompue dans 50,5% des cas et les contractions utérines étaient présentes chez 53,8% des

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

patientes. Les bruits du cœur fœtal (BCF) étaient absents dans 39,6% des cas. La voie d'accouchement par césarienne a été utilisée dans 51,6% des cas, et les grossesses étaient majoritairement monofœtales (86,8%) *(Tableau 2)*.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Variable	Effectif *(n = 91)*	Pourcentage
Age maternel (ans)		
(Moyenne : 31,7 ±9,4 ans)		
15 – 19	9	9,9
20 – 34	47	51,6
35 – 47	35	38,5
Profession		
Sans occupation	46	50,5
Ménagère	9	9,9
Fonctionnaire	2	2,2
Elève / Etudiante	5	5,5
Libérale	29	31,7
Niveau d'étude		
Non scolarisée	49	53,8
Primaire	22	24,2
Secondaire	12	13,2
Supérieur	8	8,8
Résidence		
Zone de santé Kenya	60	65,9
Hors zone de santé Kenya	31	34,1
Etat matrimonial		
Mariée	52	57,1
Non mariée	39	42,9
Parité		
Primipare	61	67,0
Multipare	30	33,0

Les données relatives à la dystocie révèlent que la dystocie dynamique prédominait avec 58,2% des cas. Parmi les dystocies isolées, l'hypocinésie (18,7%) et la brièveté naturelle du cordon (15,4%) étaient les plus fréquentes. Les antécédents des accouchées étaient majoritairement classés dans la catégorie « Autres » (47,8%). Concernant l'issue de l'accouchement, la survie maternelle a été observée dans 93,4% des cas, contre 6,6% de décès maternels *(Tableau 3)*.

Tableau 2. Les données cliniques des parturientes à l'admission

Variable	Effectif *(n = 91)*	Pourcentage
Taille (cm)		
≤150	60	65,9
>150	31	34,1
Poids (kg)		
≤ 45	41	45,1
> 45	50	54,9
Age de la grossesse (SA)		
28 – 33	14	15,4
34 – 36	41	45,0
38 – 42	36	39,6
Suivi de la CPN		
Oui	41	45,1
Non	50	54,9
Nombre des CPN suivis		
0	50	54,9
1 – 3	23	25,3
≥ 4	18	19,8
Appréciation du col		
Fermé	51	56,1
Dilaté	40	43,9
Appréciation de la poche des eaux		
Rompue	46	50,5
Intacte	45	49,5
Evaluation des contractions Utérines		
Présentes	49	53,8
Absentes	42	46,2
Evaluation du BCF		
Normal	20	21,9
Anormal	35	38,5
Absent	36	39,6
Examens demandés à la CPN		
Réalisé	36	39,6
Non réalisé	55	60,4
Voie d'accouchement		
Voie basse	44	48,4
Césarienne	47	51,6
Nombre des grossesses		
Gémellaire	12	13,2
Monofœtale	79	86,8

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

Tableau 3. Données relatives à la dystocie

Variable	Effectif *(n = 91)*	Pourcentage
Type de dystocie		
Dynamique	53	58,2
Mécanique	38	41,8
Dystocies isolées rencontrées		
Hypocinésie	17	18,7
Hypercinésie	2	2,2
Hypertonie	2	2,2
Dystocie de démarrage	12	13,2
Agglutination cervicale	6	6,6
Hypertonie localisée	4	4,4
Dystocie d'expulsion	10	11,0
Dystocie osseuse	4	4,4
Disproportion fœtopelvienne	7	7,7
Vices de présentation	3	3,3
Brièveté naturelle du cordon	14	15,4
Circulaire et bretelle	4	4,4
Dystocie par obstruction prævia	6	6,6
Antécédents de l'accouchée		
Accouchement dystocique	12	13,2
Césarienne	11	12,1
Grossesses rapprochées	11	12,1
Hypertensions artérielles	10	11,0
Multiparités	9	9,9
Autres	38	47,8
Issue de l'accouchée		
Survie	85	93,4
Décès maternel	6	6,6

L'analyse bivariée a mis en évidence des associations statistiquement significatives entre certaines caractéristiques des parturientes et l'issue maternelle. En effet, l'absence totale de suivi de Consultation Prénatale (CPN) était significativement associée au décès maternel (p = 0,03), avec 83,3% des décès (5 sur 6) survenant chez des femmes n'ayant effectué aucune CPN. De même, le faible niveau d'instruction (femmes non scolarisées) était significativement associé à une issue défavorable (p = 0,04), représentant 83,3% des cas de décès. En revanche, l'âge maternel ≥ 35 ans (p = 0,42), le type de dystocie (p = 0,68) et la voie d'accouchement par césarienne (p = 0,12) n'étaient pas significativement associés au décès en analyse bivariée *(Tableau 4)*.

Après ajustement des variables potentiellement confondantes par régression logistique, deux facteurs restaient significativement associés au décès maternel. L'absence de suivi de consultation prénatale (aucune CPN effectuée) multipliait par près de 7 le risque de décès maternel par rapport aux femmes ayant effectué au moins une CPN (ORa = 6,85 ; IC 95% : 1,45–32,40 ; p = 0,015). De même, le fait d'être non scolarisée était associé à un risque significativement plus élevé d'issue fatale (ORa = 4,52 ; IC 95% : 1,12–18,25 ; p = 0,034). En revanche, l'âge maternel ≥ 35 ans (p = 0,108) et l'accouchement par césarienne (p = 0,059) n'étaient plus significativement associés à l'issue maternelle après ajustement bien que la césarienne présente une tendance à la significativité *(tableau 5)*.

Discussion

La présente étude, menée à l'Hôpital Général de Référence (HGR) Kenya de Lubumbashi, a permis de déterminer une fréquence de l'accouchement dystocique de 4,7% (91/1901) et un taux de mortalité maternelle de 6,6% (6/91) parmi les cas de dystocie. Cette fréquence est inférieure à celles rapportées dans d'autres études Est-Africaines. En Ouganda, une étude transversale basée sur les données des registres électroniques périnatals a rapporté que 10,2% des nouveau-nés présentaient une issue périnatale indésirable, avec un taux atteignant 27,2% chez les mères ayant présenté un travail prolongé ou un accouchement obstructif [11]. Cette différence pourrait s'expliquer par des variations dans les définitions des cas (notre étude incluant toutes les anomalies du travail, qu'elles soient dynamiques ou mécaniques, contrairement aux études ciblant spécifiquement l'accouchement obstructif) et par le caractère monocentrique de notre étude en milieu de référence, où certains cas ont pu être pris en charge en amont ou perdus lors du transfert.

Concernant le type des dystocies, notre étude a révélé une prédominance de la dystocie dynamique (58,2%) par rapport à la dystocie mécanique (41,8%). Au sein des dystocies dynamiques, l'hypocinésie (18,7%) et la dystocie de démarrage (13,2%) étaient les plus fréquentes. Cette distribution fait écho aux données du Rwanda, où une étude de cas menée à l'Hôpital Universitaire de Kigali a identifié l'antécédent de césarienne (24%) et le travail prolongé/obstructif (13,2%) comme des contributeurs majeurs à la morbidité maternelle sévère et à la mortalité [12]. Cette même étude a souligné que les retards institutionnels

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

(diagnostic et traitement) représentaient le facteur évitable le plus fréquent, expliquant 65,3% des cas de near-miss (survie maternelle après une complication grave) et de décès maternels évitables [12].

Tableau 4. Analyse des facteurs associés à l'issue maternelle

Variables	Issue maternelle		Total *(n = 91)*	p-value
	Survie *(n = 85)*	Décès *(n = 6)*		
Age maternel (ans)				
≤ 35	54 (96,4)	2 (3,6)	56	
≥ 35	31 (88,6)	4 (11,4)	35	0,422
Niveau d'étude				
Non scolarisée	44 (89,8)	5 (10,2)	49	0,041
Scolarisée	41 (97,6)	1 (2,4)	42	
Taille (cm)				
≤150	55 (91,7)	5 (8,3)	60	0,35
150	30 (96,8)	1 (3,2)	31	
Nombre des CPN suivis				
0	46 (92,0)	4 (8,0)	50	0,035
≥ 1	39 (95,1)	2 (4,9)	41	
Type de dystocie				
Dynamique	50 (94,3)	3 (5,7)	53	0,681
Mécanique	35 (92,1)	3 (7,9)	38	
Voie d'accouchement				
Voie basse	43 (97,7)	1 (2,3)	45	
Césarienne	42 (89,4)	5 (10,6)	47	0,012

Tableau 5. Analyse multivariée par régression logistique des facteurs associés à l'issue maternelle

Variables indépendantes	Issue maternelle		Odds Ratio ajusté [IC 95%]	p-value
	Survie *(n = 85)*	Décès *(n = 6)*		
Niveau d'étude				
Non scolarisée	44 (89,8)	5 (10,2)	4,52 [1,12 - 18,25]	0,034
Scolarisée	41 (97,6)	1 (2,4)		
Age maternel (ans)				
≤ 35	54 (96,4)	2 (3,6)		
≥ 35	31 (88,6)	4 (11,4)	2,10 [0,85 - 5,20]	0,108
Nombre des CPN suivis				
0	46 (92,0)	4 (8,0)	6,85 [1,45 - 32,40]	0,015
≥ 1	39 (95,1)	2 (4,9)		
Voie d'accouchement				
Voie basse	43 (97,7)	1 (2,3)		
Césarienne	42 (89,4)	5 (10,6)	3,40 [0,95 - 12,15]	0,059

Ces résultats s'alignent parfaitement avec les données rapportées dans l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC). Une étude rétrospective menée dans la province du Maniema a rapporté un taux de mortalité maternelle de 620 pour 100 000 naissances vivantes, avec 46% des décès attribués au retard de la femme à recourir aux soins (premier retard) [13]. Cette même étude a identifié la dystocie comme un facteur significativement associé à la mortalité maternelle ($p < 0,001$) [13]. De plus, une étude qualitative rwandaise a montré que les obstacles à l'accès aux soins sont complexes et que les dysfonctionnements dans la communication soignant-soigné peuvent entraîner des soins inadéquats [14]. Cela suggère que dans notre contexte, le manque d'éducation

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

formelle agit probablement comme un facteur médiateur, en limitant la littératie en santé et la capacité à identifier les signes de danger, retardant ainsi la prise de décision. La perte de significativité de la césarienne après ajustement dans notre modèle confirme que ce n'est pas tant l'acte chirurgical en lui-même qui est létal, mais plutôt le retard à son indication (césarienne réalisée en urgence sur des patientes admises tardivement avec des complications déjà installées).

Sur le plan clinique, un résultat majeur de notre étude est la proportion élevée d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (BCF) : 38,5% des BCF étaient anormaux et 39,6% étaient absents à l'admission, contre seulement 21,9% de BCF normaux. Cette prévalence élevée de souffrance fœtale témoigne d'un retard de transfert et d'une surveillance insuffisante du travail en amont. Les données ougandaises apportent un éclairage mécanistique sur ce constat : dans les cas de travail prolongé/obstructif, la probabilité prédite de survenue d'une encéphalopathie néonatale était de 0,73 (IC 95 % : 0,51–0,95) en l'absence de césarienne d'urgence, et chutait à 0,45 (IC 95 % : 0,39–0,50) après césarienne [11]. Toutefois, cette même étude a souligné que le transfert d'urgence et la césarienne ne modifiaient pas le risque lié à d'autres facteurs, suggérant que la qualité et la rapidité de la prise en charge restent des défis majeurs [11]. Cette réalité résonne avec notre observation d'un taux élevé d'anomalies du BCF malgré un recours à la césarienne dans plus de la moitié des cas (51,6%), indiquant que certaines souffrances fœtales étaient probablement irréversibles au moment de l'intervention.

Concernant l'impact de la prolongation de la deuxième phase du travail, une méta-analyse récente incluant 26 études a démontré que, chez les primipares, une deuxième phase de plus d'une heure était associée à un risque accru de césarienne, de transfusion sanguine, de lésions périnéales et de chorioamniotite [15]. Les efforts expulsifs actifs de plus d'une heure étaient également associés à la césarienne et à l'hémorragie du post-partum [15]. Sur le plan néonatal, une deuxième phase de plus d'une heure augmentait le risque d'admission en soins intensifs néonatals [15]. Par ailleurs, une étude de cohorte rétrospective menée en milieu rural au Malawi a rapporté que 9,0% des accouchements présentaient une deuxième phase prolongée, avec un recours à la césarienne dans 20,9% des cas et l'hémorragie du post-partum comme complication la plus fréquente [16]. Cette étude a noté qu'une proportion importante de femmes arrivaient à l'hôpital déjà en deuxième phase du travail, et que 95,1% d'entre elles accouchaient finalement par voie basse [16]. Cette observation est particulièrement pertinente pour notre étude : en tant qu'hôpital de référence, l'HGR Kenya reçoit de nombreuses patientes déjà en travail avancé, ce qui peut fausser l'évaluation de la véritable incidence des dystocies et complexifier la prise en charge.

Nos résultats montrent que l'absence de suivi prénatal et le faible niveau d'instruction sont des déterminants majeurs de la mortalité maternelle liée à la dystocie. Ces observations rejoignent celles de la littérature africaine [12,13], qui souligne que le retard à la prise en charge (premier et deuxième délais) est souvent corrélé à un défaut d'éducation sanitaire et à l'absence de dépistage des grossesses à risque lors des CPN. La perte de significativité de la césarienne après ajustement suggère que ce n'est pas tant l'intervention chirurgicale en elle-même qui est délétère, mais plutôt le retard à son indication (césarienne réalisée en urgence sur des patientes admises tardivement).

Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Premièrement, la taille de l'échantillon est relativement faible (n = 91), avec seulement 6 décès maternels. Cette faible prévalence de l'événement étudié (mortalité) limite la puissance statistique du modèle de régression logistique, ce qui se traduit par de larges intervalles de confiance (comme en témoigne l'IC 95 % de l'OR pour l'absence de CPN allant de 1,45 à 32,40). Un plus grand échantillon aurait permis un ajustement plus robuste. Deuxièmement, l'échantillonnage de convenance et le design monocentrique limitent la généralisation des résultats. Troisièmement, certaines informations cliniques (comme la complétude des partogrammes ou le délai exact entre le début du travail et l'admission) pourraient être incomplètes, affectant l'évaluation précise des « trois retards ».

Conclusion

Cette étude descriptive transversale à visée analytique, menée à l'Hôpital Général de Référence Kenya de Lubumbashi, montre que l'accouchement dystocique demeure une complication obstétricale fréquente, dominée par les dystocies dynamiques, et associée à une mortalité maternelle préoccupante. L'analyse multivariée identifie deux déterminants indépendants majeurs de l'issue maternelle défavorable : l'absence de suivi de consultation prénatale et le faible niveau d'instruction. Ces résultats démontrent que le pronostic vital maternel en cas de dystocie est étroitement lié aux inégalités d'accès aux soins préventifs et au niveau de littératie en santé, s'inscrivant dans la problématique des retards de recours aux soins. Par conséquent, le renforcement de l'éducation sanitaire communautaire, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des consultations prénatales, ainsi que l'optimisation de la chaîne de référence et des

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111

urgences obstétricales constituent des priorités pour réduire la mortalité maternelle dans cette région. Des études prospectives multicentriques restent nécessaires pour approfondir l'évaluation quantitative des délais de prise en charge et guider les politiques sanitaires.

Conflits d'intérêt : Aucun.

Références

1. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017.
2. Ayenew AA. Incidence, causes, and maternofetal outcomes of obstructed labor in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 2021;18(1):61.
3. Melesse Y, *et al.* One-sixth of women experienced obstructed labor among those delivered at public hospitals in Southern Ethiopia: A multicenter study. SAGE Open Med. 2023;11: 20503121231164056.
4. Hotchkiss DR, *et al.* Assessing the impact of complex health systems strengthening programs on maternal health care utilization in fragile and conflict-affected states: evidence from the Democratic Republic of the Congo. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):665.
5. Ndela B, *et al.* Knowledge and practice of health workers towards maternal and child health in the Democratic Republic of the Congo: a cross-sectional study. Reprod Health. 2024;21(1):64.
6. Benimana C, *et al.* Preventability of maternal near miss and mortality in Rwanda: A case series from the University Teaching Hospital of Kigali (CHUK). PLoS One. 2018;13(6):e0195711.
7. Kayembe AT, *et al.* Postoperative maternal complications of caesarean section: a cross-sectional study at the Provincial General Hospital of Kananga in the Democratic Republic of Congo. Pan Afr Med J. 2024;47:23.
8. Tilden EL, *et al.* The association between longer durations of the latent phase of labor and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients. Birth. 2020;47(4):418-429.
9. Pergialiotis V, *et al.* Maternal and neonatal outcomes following a prolonged second stage of labor: A meta-analysis of observational studies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;252:216-223.
10. Muraca GM, *et al.* Morbidity and Mortality Associated With Forceps and Vacuum Delivery at Outlet, Low, and Midpelvic Station. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(3):327-337.
11. Wanduru P, *et al.* Prevalence and risk of adverse intrapartum-related outcomes in Uganda: a cross-sectional study with nested case-control. BMJ Open. 2025;15(10):e099256.
12. Benimana C, *et al.* Preventability of maternal near miss and mortality in Rwanda: A case series from the University Teaching Hospital of Kigali (CHUK). PLoS One. 2018;13(6):e0195711.
13. Ramazani IBE, Mukuku O, Kakudji P, *et al.* Maternal mortality study in the Eastern Democratic Republic of the Congo. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):452.
14. Påfs J, *et al.* Beyond the numbers of maternal near-miss in Rwanda – a qualitative study on women's perspectives on access and experiences of care in early and late stage of pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):257.
15. Aboukhater D, Hayasaka M, Furukawa N, *et al.* Evaluating the impact of the second-stage and pushing duration on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2025;233(6):548-571.e9.
16. Bakker W, *et al.* Incidence, management and outcomes of prolonged second stage of labour in a rural setting in Malawi: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):542.

https://doi.org/10.62126/zqrx.202610111