



Pronostic materno-fœtal des parturientes référées au cours du travail d'accouchement au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge au Burundi

Maternal-fetal prognosis of laboring women referred during labor at Kamenge University Hospital Center in Burundi

Ndayikengurukiye Athanase¹ , Kwizera Elysé Clovis¹, Barahandwa Pascal², Nkurunziza Jean Claude³, Bazikamwe Sylvestre¹, Ntukamazina Déogratias¹

¹ Centre Universitaire de Recherche en Santé (CURSA), Département de Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi. ² Centre Universitaire de Recherche en Santé (CURSA), Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi. ³ Centre Universitaire de Recherche en Santé (CURSA), Département de Médecine Communautaire, Faculté de Médecine, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi

RÉSUMÉ

Introduction : La référence obstétricale réalisée à temps et dans de bonnes conditions représente une stratégie essentielle pour réduire la mortalité maternelle et périnatale. Selon l'OMS, plus de 830 femmes meurent chaque jour dans le monde de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, dont 90 % dans les pays en développement. Au Burundi, le taux de mortalité maternelle reste élevé (334 pour 100 000 naissances vivantes). L'objectif était d'évaluer le pronostic maternel et fœtal des parturientes référées au cours du travail d'accouchement au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK). **Patients et méthode :** Étude rétrospective à visée analytique menée du 1er janvier au 31 décembre 2024 chez les parturientes référées au cours du travail d'accouchement à la maternité du CHUK. Les données ont été collectées via KoboCollect, analysées avec Epi Info 7.2.4.0. Les relations ont été évaluées par le test exact de Fisher ($p < 0,05$). **Résultats :** Les parturientes référées représentaient 5,37 % des accouchements. L'âge moyen était de 28 ans. La mairie de Bujumbura représentait 53,09 % des cas ; 89,18 % étaient mariées et 31,96 % sans emploi. Les primigestes constituaient 33,51 % et les nullipares 36,08 %. Seulement 13,92 % étaient transportées en ambulance et 49,48 % ont accouché par césarienne. La mortalité maternelle était de 2,06 % et la mortalité périnatale de 13,24 %. Les facteurs associés à la mortalité maternelle étaient l'âge, la profession, la pathologie sur grossesse et le moyen de transport. Pour la mortalité périnatale : faible poids de naissance (< 2500 g), prématurité, score d'Apgar < 7 à 1 minute et âge maternel < 20 ans. **Conclusion :** La morbidité et la mortalité materno-fœtales chez les parturientes référées restent préoccupantes. Le renforcement du suivi prénatal, la détection précoce des pathologies, la disponibilité de transport médicalisé et une prise en charge rapide pourraient réduire significativement les décès. **Mots-clés :** référence, parturiente, mortalité maternelle, mortalité périnatale, CHU Kamenge

ABSTRACT

Introduction: Timely obstetric referral under good conditions is an essential strategy for reducing maternal and perinatal mortality. According to the WHO, more than 830 women die every day worldwide from pregnancy- or



Correspondence : Ndayikengurukiye Athanase

Email: athanase.ndayikengurukiye@ub.edu.bi

Received: 22 July 2026/ Accepted: 20 September 2026 / Published : 15 October 2026



childbirth-related complications, 90% of which occur in developing countries. In Burundi, the maternal mortality ratio remains high (334 per 100,000 live births). This study aimed to evaluate the maternal and fetal prognosis of laboring women referred during labor at Kamenge University Hospital Center (CHUK). **Patients and methods:** A retrospective analytical study conducted from 1 January to 31 December 2024 among laboring women referred to the CHUK maternity ward. Data were collected using KoboCollect and analyzed with Epi Info 7.2.4.0. Associations were assessed with Fisher exact test ($p < 0.05$). **Results:** Referred laboring women accounted for 5.37% of deliveries. Mean age was 28 years. Bujumbura city represented 53.09% of cases; 89.18% were married and 31.96% unemployed. Primigravidae accounted for 33.51% and nulliparous women 36.08%. Only 13.92% were transported by ambulance and 49.48% delivered by cesarean section. Maternal mortality was 2.06% and perinatal mortality 13.24%. Factors associated with maternal mortality were age, occupation, pregnancy-related pathology and means of transport. Factors associated with perinatal mortality were low birth weight (< 2500 g), prematurity, 1-minute Apgar score < 7 and maternal age < 20 years. **Conclusion:** Maternal-fetal morbidity and mortality among referred laboring women remain a major concern. Strengthening regular high-quality prenatal care, early detection of pregnancy pathologies, availability of medicalized transport and prompt adequate care could significantly reduce maternal-fetal deaths. **Keywords :** referral, parturient, maternal mortality, perinatal mortality, Kamenge University Hospital

1. Introduction

L'assurance qu'un accouchement par voie naturelle soit possible et sans risque pour la mère et pour le fœtus n'est jamais totale. Toutes les gestantes courent le risque de connaître des complications obstétricales au cours de la grossesse et du travail d'accouchement responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelles [1,2]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 287 000 femmes sont décédées pendant ou après une grossesse ou un accouchement en 2020 [2,3]. La mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique, en particulier dans les pays en développement [3]. Le taux mondial de mortalité maternelle a été estimé à 223 décès pour 100 000 naissances vivantes, dont près de 95 % sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et la majorité de ces décès auraient pu être évités [3].

Au Burundi, le taux de mortalité maternelle est estimé à 334 décès pour 100 000 naissances vivantes [4]. Les complications survenant au cours de l'accouchement sont souvent imprévisibles et nécessitent une prise en charge rapide, incluant parfois des interventions chirurgicales, l'anesthésie-réanimation, l'usage d'instruments tels que les ventouses ou les forceps, la transfusion sanguine ou encore des traitements médicaux spécifiques. Ces interventions ne sont pas disponibles dans toutes les structures de santé, notamment les maternités périphériques, qui, en cas de besoin, transfèrent les parturientes vers des structures de niveau supérieur, mieux équipées et dotées de personnel qualifié [5].

Même si 70 à 90 % des décès maternels survenant à l'hôpital sont liés à des références obstétricales, elles représentent une des stratégies essentielles pour la réduction de la mortalité maternelle [5-7].

Notre étude vise à améliorer le pronostic maternel et fœtal des parturientes référées au cours du travail d'accouchement au CHUK.

2. Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée analytique menée au sein du service de Gynécologie-Obstétrique du CHUK sur une période de douze mois, allant du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024.

Ont été incluses toutes les parturientes référées au cours du travail d'accouchement, avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée et ayant été prises en charge au CHUK durant la période d'étude. Les parturientes dont les dossiers obstétricaux étaient introuvables (9 dossiers) ou jugés inexploitable (11 dossiers) ont été exclues.

Après dépouillement exhaustif, la taille minimale de l'échantillon a été calculée selon la formule de François Daniel [8], majorée de 10 %, conduisant à un effectif requis de 152.

$$n_0 = \frac{t^2 * N * p * (1 - p)}{[(m^2 * (N - 1)) + (t^2 * P * (1 - p))]}$$

- n_0 : La taille minimale de l'échantillon,
- t : valeur correspondant au niveau de confiance (95 %, soit 1,96);
- m : la marge d'erreur : 5% ;

- N : population mère (214 parturientes référées au cours du travail d'accouchement) ;
- p : prévalence estimée (50 %).

Finalement, 194 dossiers complets ont constitué la population d'étude. Les variables dépendantes étaient la mortalité maternelle et la mortalité périnatale. Les variables indépendantes incluaient les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents obstétricaux, les données cliniques et thérapeutiques, ainsi que les facteurs fœtaux (score d'Apgar, poids de naissance, âge gestationnel, etc.).

Les données ont été collectées à partir des dossiers obstétricaux, des registres (transferts, admission, accouchement, néonatalogie, comptes rendus opératoires) et de la base Open Clinic, à l'aide d'un questionnaire encodé via KoboCollect, puis analysées avec Epi Info 7.2.4.0.

Le test exact de Fisher a été utilisé ($p < 0,05$). Seule l'analyse bivariée a été réalisée pour les variables significatives afin de déterminer les odds ratios. Une autorisation (N/Réf.2024/DGCHUK.2730/11.5) avait été accordée par le Directeur Général du CHUK avant de démarrer l'enquête.

3. Résultats

Sur 3979 accouchements réalisés durant la période d'étude, 214 parturientes étaient référées au cours du travail d'accouchement (5,37%). Parmi les 214, 9 n'ont pas été retrouvés et 11 étaient incomplets, 194 dossiers étaient complets et ont constitué notre population d'étude.

L'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes de 16 ans et 52 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 25 ans (30,93%) et 53,09% résidaient en Mairie de Bujumbura (milieu urbain). 52,06% avaient un niveau fondamental, 53,61% étaient des cultivatrices et 31,96% des cas étaient sans emploi. Les parturientes mariées étaient les plus représentées (89,18%), les primigestes (33,51%) et les nullipares 36,08%.

De notre population d'étude, 2,58% n'avaient pas fait de CPN, 38,66% avaient réalisé une seule échographie obstétricale et 8,25% n'avaient réalisé aucune échographie obstétricale. La majorité des parturientes (89,18%) n'avaient pas réalisé de bilan prénatal biologique. Les références des hôpitaux étaient les plus représentées (58,76%) et 41,24% étaient référées par les CDS. 52,58% des cas étaient référées par les formations sanitaires publiques et le responsable du transfert était un médecin dans 57,73% des cas.

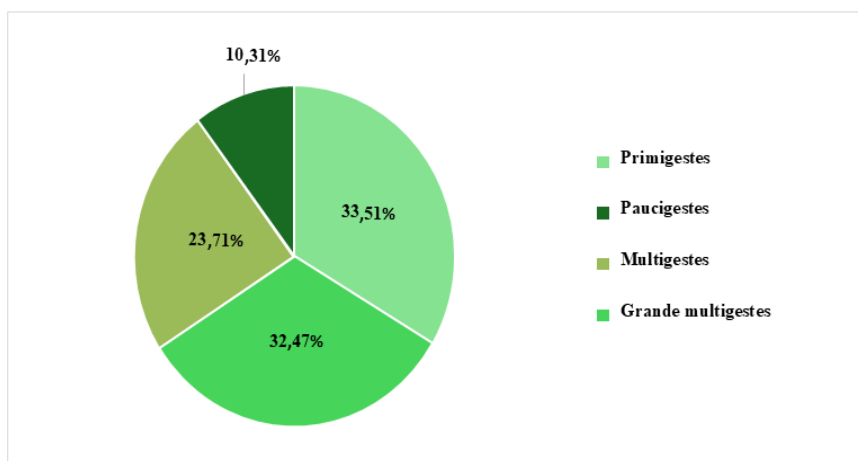


Figure 1 : La gestité des parturientes référées

Les motifs de référence étaient dominés par la menace d'accouchement prématuré (32,98%), le travail d'accouchement sur utérus cicatriciel (24,23%) et la rupture prématurée des membranes (11,86%). 50,52% des parturientes ont été référées sans aucune prise en charge initiale et 69,59% n'avaient même pas de voie veineuse. Le moyen de transport utilisé n'était pas précisé (44,33%), l'ambulance avait été utilisée dans 13,92% des cas et 96,39% avaient un bon état général à l'admission. 64,95% avaient une grossesse à terme, les bruits du cœur fœtal

(BCF) étaient normaux chez 88,66% et 44,33% en phase active.

Les pathologies associées à la grossesse retrouvées étaient dominées par l'HTA (Hypertension artérielle) et ses complications avec 15 cas sur 194 (7,73%) dont 2 cas d'éclampsie (1,03%), 4 cas de HTA (2,06%) et 9 cas de pré éclampsie (4,64%). Les diagnostics retenus les plus retrouvés étaient l'accouchement prématuré inévitable (33,51%), le travail d'accouchement normal (23,20%) et le travail sur utérus cicatriciel (12,88%). 49,48% des

parturientes ont été césarisées dont 30,41% en urgence et l'utérus cicatriciel était la première indication de césarienne (22,92%) dont 7,29 % pour utérus fraîchement cicatriciel et 15,63% d'utérus multi cicatriciel.

Les suites de couches étaient simples chez 95,88% des parturientes et 4 cas de décès maternels ont été enregistrés (2,06%). L'éclampsie était la première cause de décès maternel (75%). Durant la période considérée pour l'étude, les 194 patientes ont donné naissance à 204 nouveaux nés car 185 parturientes avaient une grossesse monofœtale, 8 parturientes avaient une grossesse gémellaire et une parturiente avait une grossesse triple. Ainsi, 7,35% de nouveau-nés étaient non vivants à la naissance dont 10 morts fœtales in utero (MFIU) et 5

mort-nés (2,45%). A la première minute de vie, 89,69% avaient un score d'Apgar ≥ 7 et 63,24% étaient à terme tandis que 35,29% étaient des prématurés.

Les nouveau-nés avec poids de naissance supérieur ou égale à 2500 grammes représentaient 71,08% ; 28,57% avaient été admis en néonatalogie et la prématurité était la première cause d'admission (61,11%). Les nouveau-nés décédés représentaient 6,35% et la prématurité était la première cause de décès néonatal (75%), suivi des malformations (25%). Sur les 204 nouveau-nés, 27 cas (13,24%) de décès périnatal (12 cas de décès néonatal, 10 cas de MFIU et 5 cas de mort-nés) ont été enregistrés.

Tableau I. Indication de césarienne chez les parturientes référées

Indication de césarienne	Effectif	% césarisées (n=96)	% échantillon total (n=194)
Présentation anormale	19	19,79%	9,79%
Souffrance fœtale aiguë	18	18,75%	9,27%
Utérus multicicatriciel	15	15,63%	7,73%
Disproportion fœto-pelvienne	9	9,38%	4,64%
Dystocie dynamique	7	7,29%	3,61%
HTA et ses complications	7	7,29%	3,61%
Utérus fraîchement cicatriciel	7	7,29%	3,61%
Bassin anormal	5	5,21%	2,58%
Oligoamnios sévère	3	3,13%	1,55%
Hématome rétro-placentaire	2	2,08%	1,03%
Procidence du cordon battant	2	2,08%	1,03%
Placenta prævia hémorragique	1	1,04%	0,51%
Rupture utérine	1	1,04%	0,51%

Tableau II. Motif d'admission en néonatalogie des nouveau-nés

Motif d'admission en néonatalogie	Effectif	% admis en néonatalogie (n=54)	% échantillon total (n=194)
Prématurité	33	61,11%	17,01%
Infection néonatale bactérienne précoce	8	14,81%	4,12%
Détresse respiratoire aiguë	6	11,11%	3,09%
Asphyxie périnatale	4	7,41%	2,06%
Malformations	2	3,71%	1,03%
Retard de croissance intra-utérin	1	1,85%	0,51%

4. Discussion

Durant la période considérée pour l'étude, 214 parturientes ont été référées au cours du travail d'accouchement à la maternité du CHUK sur un total de 3 979 accouchements enregistrés (5,37%). Cette fréquence est inférieure à celles rapportées par Hamidou

et al. au Mali en 2022 (14,8 %) [9] et Belinga et al. au Cameroun en 2017 (37,46 %) [10]. Dans les contextes où les structures de premier niveau sont moins bien équipées, le taux de transfert peut être plus élevé. La majorité des parturientes référées étaient jeunes de 20 à 25 ans. L'âge maternel est ressorti comme un facteur de risque important : 75 % des décès maternels concernaient des femmes de moins de 20 ans et l'âge de 20–25 ans est

associé à une réduction de 90 % du risque de décès maternel par rapport aux femmes de moins de 20 ans (Tableau III). Ce résultat souligne la vulnérabilité particulière des adolescentes et jeunes adultes face aux complications obstétricales. Cette observation est en accord avec les travaux de Randriambololona et al. à Madagascar en 2017 [11] ainsi que Mugisho et al. en RDC en 2002 [12], qui ont également trouvé une relation significative entre la mortalité maternelle et le jeune âge. Ces jeunes parturientes peuvent être confrontées à une immaturité physiologique, un suivi prénatal insuffisant, voire à un manque de soutien familial ou conjugal, contribuant ainsi à l'aggravation des issues obstétricales.

La majorité des parturientes référées (53,09%) résidaient en Mairie de Bujumbura avec commune Ntahangwa en tête (79,61%). La proximité géographique de cette commune avec le CHUK favorise une accessibilité plus rapide en cas de complications survenant en cours du travail d'accouchement comparativement aux autres zones urbaines ou rurales plus éloignées. Toutes les femmes décédées dans notre étude provenaient de zones rurales, ce qui concorde avec les conclusions de Randriambololona et al. à Madagascar en 2017 [11], selon lesquelles la distance par rapport aux structures de santé, notamment au-delà de 5 km, constitue un facteur de risque majeur. Dans les zones rurales, les retards dans l'acheminement vers des centres de santé bien équipés, l'absence de transport médicalisé et les délais de prise en charge aggravent les complications obstétricales et compromettent le pronostic maternel.

De toutes les parturientes référées, 11,34 % étaient non instruites, résultat relativement proche de celui de Belinga et al. au Cameroun en 2017 qui avaient trouvé 7,4 % de femmes non instruites [10]. Selon l'EDS 2016-2017 au Burundi, 36,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans n'avaient aucune éducation formelle [4]. Le faible niveau d'instruction constitue un facteur limitant la compréhension des informations de santé, la fréquentation des services prénatals et la capacité à

reconnaître les signes de danger obstétrical, ce qui augmente le risque de complications nécessitant un transfert. Les cultivatrices étaient les plus représentées parmi les parturientes référées (53,61 %), suivies des femmes sans emploi (31,96 %) et cette prédominance des cultivatrices pourrait s'expliquer par une tendance à se déclarer "cultivatrice" lorsqu'on ne dispose pas d'un emploi salarié, notamment dans notre contexte urbain où l'emploi informel est courant. Une association statistiquement significative a été retrouvée entre la profession des parturientes et la survenue d'un décès maternel (Tableau III), laquelle association montre que le fait d'être cultivatrice est un facteur fortement protecteur par rapport au statut de commerçante. Nos résultats rejoignent ceux de Hounkpatin et al. au Bénin en 2019 [13], qui ont montré que les femmes exerçant une activité commerciale informelle présentaient un risque accru de

complications obstétricales. Cette disproportion témoigne d'une vulnérabilité accrue de ce groupe, qui pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs notamment l'accès limité aux soins prénatals réguliers, le recours tardif aux structures de santé en cas de complication ainsi qu'une méconnaissance des signes d'alerte obstétricaux.

Dans notre étude, 89,18 % des parturientes étaient mariées, résultat légèrement inférieur aux données rapportées par Raoul et al. au Bénin en 2023 (97,7 %) [5], Touré au Mali en 2019 (97,51 %) [14] et Toulema au Mali en 2021 (97,7%) [15]. Cependant, aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre la mortalité maternelle et le statut matrimonial dans cet échantillon ($p=0,088$). Cependant, les résultats de Randriambololona et al. à Madagascar en 2017 [11] ont montré que le célibat est associé à une mortalité maternelle accrue. Le manque de soutien financier ou psychologique chez les femmes célibataires, ainsi qu'un isolement social accru, pourraient expliquer cette vulnérabilité.

Les primigestes constituaient la majorité des parturientes référées (33,51 %), suivies des paucigestes (32,47 %). Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par d'autres auteurs tels que Guindo au Mali en 2008 (35,64 %) [16] et Raoul et al. au Bénin en 2023 (34 %) [5]. La fréquence élevée des anomalies du travail d'accouchement observées lors des premières grossesses, rendant cette population plus vulnérable aux complications obstétricales nécessitant une référence, expliquerait cette fréquence élevée des primigestes. Seules 2,58% des parturientes référées n'avaient réalisé aucune consultation prénatale, un taux sensiblement inférieur à celui rapporté par Raoul et al. au Bénin en 2023 (19,1%) [5]. Une meilleure sensibilisation des femmes à l'importance du suivi prénatal au fil des années et une amélioration de l'accessibilité aux structures de soins, en particulier dans les zones urbaines, pourrait expliquer cette disparité.

Parmi les parturientes référées, 50,52 % n'avaient reçu aucun traitement préalable et seulement 30,41 % disposaient d'un abord veineux à leur arrivée. Ce taux est supérieur à celui observé par Sangho au Mali en 2018, qui avait rapporté 37,34 % de cas sans prise en charge initiale [17]. Cette situation pourrait s'expliquer par l'urgence clinique nécessitant une référence rapide vers une structure mieux équipée, afin de ne pas retarder la prise en charge spécialisée. La forte proportion des patientes référées sans voie veineuse témoigne le non-respect des procédures de référence recommandant la mise en place systématique d'un abord veineux avant le transfert vers une structure de référence.

Les patientes arrivées en taxi présentaient un risque de décès inférieur à celles venues en ambulance vraisemblablement parce que l'ambulance est réservée aux évacuations d'urgence extrême / cas graves (Tableau III). À l'inverse, Raoul et al. au Bénin en 2021 [18] ont

mis en évidence que c'est le transport non médicalisé qui constituait un facteur de risque. Cette divergence pourrait s'expliquer par des contextes sanitaires différents ou par le niveau d'équipement des ambulances dans les divers milieux étudiés. La voie basse était le mode d'accouchement le plus fréquent (50,52 %), résultat comparable à ceux rapportés par Sanogo au Mali en 2019, Sangho au Mali en 2018 et Raoul et al. au Bénin en 2023, qui avaient respectivement trouvé des fréquences de 50 % [19], 52,22 % [17] et 54 % [5]. Quatre cas de décès maternels ont été enregistrés dans notre série (2,06 %) et les causes identifiées étaient l'éclampsie (3 cas) et le paludisme grave (1 cas). Ce taux met en évidence les difficultés rencontrées dans la prise en charge des références obstétricales en cours du travail d'accouchement, et reste préoccupant bien que comparable à celui retrouvé par Diarra au Mali 2021 (2,5 %) [20]. Sur un total de 204 nouveau-nés recensés, 189 (92,65 %) étaient vivants à la naissance et 15 (7,35 %) non vivants. Cette proportion des nouveau-nés non vivants est inférieure à celle rapportée par Touré au Mali en 2019 (19 %) [14] et Sanogo au Mali en 2017 (19 %) [19], ce qui pourrait traduire une amélioration des conditions d'accouchement et de la prise en charge obstétricale dans

notre contexte. Les nouveau-nés prématurés présentaient un risque significativement accru de mortalité périnatale et la naissance à terme réduit de 82 % ce risque par rapport à la prématurité (Tableau IV), ce qui rejoint les observations de Kambale et al. en RDC en 2016 [21], Mbarambara et al. en RDC en 2015 [22], Ntambue et al. en RDC en 2012 [23] et Serra et al. au Brésil en 2022 [24]. Selon la littérature, plus de 60 % des décès périnataux seraient liés à la prématurité [25,26]. Cette surmortalité peut être attribuée à l'immaturité des systèmes vitaux (respiratoire, neurologique, immunitaire), rendant ces nouveau-nés plus vulnérables. Les nouveau-nés ayant un poids insuffisant à la naissance (< 2500 g) présentaient un risque près de sept fois plus élevé de décès périnatal comparativement à ceux dont le poids était $\geq$ 2500 g (Tableau IV). Ces résultats corroborent ceux rapportés par Mbarambara et al. en RDC en 2015 [22], Ntambue et al. (RDC, 2012) [23] et Serra et al. au Brésil en 2022 [24], qui avaient également identifié le faible poids de naissance comme un facteur prédictif de mortalité périnatale.

Tableau III. Association entre les caractéristiques sociodémographiques, le moyen de transport et la mortalité maternelle (analyse bivariée)

Catégorie	Décès maternel — Oui n (%)	Décès maternel — Non n (%)	Total	OR	IC à 95 %	P-value
Âge						
< 20 ans	3 (14,29 %)	18 (85,71 %)	21	Référence	—	0,0065
20–25 ans	1 (1,67 %)	59 (98,33 %)	60	0,10	0,01–1,04	
26–30 ans	0 (0,00 %)	47 (100,00 %)	47	NA	NA	
31–35 ans	0 (0,00 %)	40 (100,00 %)	40	NA	NA	
> 35 ans	0 (0,00 %)	26 (100,00 %)	26	NA	NA	
Profession						
Commerçante	3 (37,50 %)	5 (62,50 %)	8	Référence	—	0,0010
Cultivatrice	1 (0,96 %)	103 (99,04 %)	104	0,016	0,001–0,18	
Couturière	0 (0,00 %)	2 (100,00 %)	2	NA	NA	
Étudiante	0 (0,00 %)	6 (100,00 %)	6	NA	NA	
Fonctionnaire	0 (0,00 %)	12 (100,00 %)	12	NA	NA	
Sans profession	0 (0,00 %)	62 (100,00 %)	62	NA	NA	
Statut matrimonial						
Célibataire	2 (10,53 %)	17 (89,47 %)	19	Référence	—	0,088
Mariée	2 (1,16 %)	171 (98,84 %)	173	0,10	0,01–1,03	
Veuve	0 (0,00 %)	1 (100,00 %)	1	NA	NA	
Divorcée	0 (0,00 %)	1 (100,00 %)	1	NA	NA	
Moyen de transport						
Ambulance	3 (11,11 %)	24 (88,89 %)	27	Référence	—	0,0044
Taxi	1 (1,23 %)	80 (98,77 %)	81	0,10	0,01–1,01	
Inconnu	0 (0,00 %)	86 (100,00 %)	86	NA	NA	

Tableau IV. Association entre l'âge maternel, les pathologies sur grossesse, le score d'Apgar à 1 minute, le terme de naissance, le poids de naissance et la mortalité périnatale

Catégorie	Mortalité périnatale — Oui n (%)	Mortalité périnatale — Non n (%)	Total	OR	IC à 95 %	P-value
Âge maternel						
< 20 ans	7 (33,33 %)	14 (66,67 %)	21	Référence	—	0,0148
20–25 ans	3 (5,00 %)	57 (95,00 %)	60	0,11	0,02–0,55	
26–30 ans	5 (10,64 %)	42 (89,36 %)	47	0,24	0,07–0,88	
31–35 ans	7 (17,50 %)	33 (82,50 %)	40	0,43	0,13–1,45	
> 35 ans	5 (19,23 %)	21 (80,77 %)	26	0,48	0,13–1,82	
Pathologie sur grossesse						
Oui	8 (26,67 %)	22 (73,33 %)	30	2,77	1,08–7,10	0,0418
Non	19 (11,59 %)	145 (88,41 %)	164	Référence	—	
Score d'Apgar à 1 minute						
< 7	11 (55,00 %)	9 (45,00 %)	20	34,22	10,31–113,58	<0,0001
≥ 7	6 (3,45 %)	168 (96,55 %)	174	Référence	—	
Terme de naissance						
< 37 SA	19 (26,39 %)	53 (73,61 %)	72	Référence	—	0,0003
37 SA–41 SA + 6 j	8 (6,20 %)	121 (93,80 %)	129	0,18	0,08–0,45	
≥ 42 SA	0 (0,00 %)	3 (100,00 %)	3	NA	NA	
Poids de naissance						
< 2500 g	18 (30,51 %)	41 (69,49 %)	59	6,63	2,77–15,88	0,000013
≥ 2500 g	9 (6,21 %)	136 (93,79 %)	145	Référence	—	

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance ; NA : non calculable (absence de décès dans la catégorie) ; SA : semaines d'aménorrhée.

5. Conclusion

La fréquence des références obstétricales au cours du travail d'accouchement, bien que relativement faible, est associée à une situation à haut risque tant pour la mère que pour le nouveau-né. Les facteurs influençant négativement le pronostic maternel et fœtal sont : Age maternel, profession, pathologie sur grossesse et moyen de transport du côté maternel ainsi que le faible poids de naissance, la prématurité, le mauvais score d'Apgar, la présence d'une pathologie maternelle associée à la grossesse et l'âge maternel du côté néonatal. L'application stricte de la politique nationale sur la gratuité des soins de santé instaurée en mai 2006 par décret présidentiel, visant à transférer gratuitement, par ambulance, une femme en situation de complication obstétricale depuis un Centre de Santé (CDS) vers un Hôpital de District (HD), permettrait de réduire significativement la mortalité maternelle et périnatale.

Déclarations

Contribution des auteurs

Ndayikengurukiye Athanase : Conceptualisation, méthodologie, acquisition des financements, rédaction de la version initiale du manuscrit, relecture et édition. Kwizera Elysé Clovis : Enquête sur terrain, collecte et gestion des données. Barahandwa Pascal : Analyses statistiques, révision critique et validation des résultats. Nkurunziza Jean Claude : Réalisation de la figure et des tableaux, analyses statistiques, révision critique et validation des résultats. Bazikamwe Sylvestre : Méthodologie, analyses statistiques, révision critique et validation des résultats. Ntukamazina Déogratias : Méthodologie, analyses statistiques, révision critique et validation des résultats.

Approbation éthique

Une autorisation (N/Réf.2024/DGCHUK.2730/11.5) avait été accordée par le Directeur Général du CHUK avant de démarrer l'enquête.

Financement : Aucun

Références

1. Fernandez H, Djanhan Y, Papiernik E. Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1988;17:687-92.
2. Abdoun M, Merabet N, Nouiouet N, et al. Épidémiologie de la mortalité maternelle dans la Wilaya de Sétif, de 2014 à 2019. *Med Sci.* 2020;7(2):97-101.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Maternité sans risque. OMS; 2024.
4. République du Burundi. Enquête démographique et de santé III. Bujumbura; 2016.
5. Raoul AS, Achille OAA, Vinadou VM, et al. Epidemiology, diagnosis, management and outcome of obstetrical referrals to the Banikoara Zone Hospital in 2022. *Health Sci Dis.* 2023;24(6).
6. Dumont A. Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles sont les interventions efficaces ? *Rev Med Perinat.* 2017;7.
7. Sengayi AD, Kahindo MP, Kamata M, et al. Références dans le service d'Obstétrique de l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa en 2013. *Rev Med Grands Lacs.* 2016;5(1):18.
8. Lwanga SK, Lemeshow S. Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques. OMS; 1991.
9. Hamidou A, Dembélé S, Sissoko H, et al. Les évacuations sanitaires obstétricales : profil épidémiologique et pronostic materno-foetal. *Rev Malienne Sci Technol.* 2022;3(27).
10. Belinga E, Foumane P, Dohbit SJ, et al. Prognosis of referred patients with an obstetric emergency at the Yaoundé gynaecology, obstetrics and pediatrics hospital. *Pan Afr Med J.* 2017;28:301.
11. Jf R, Af R, El-cj Rjr. Facteurs de risque de décès maternels au Centre Hospitalier de référence de district Itaoso. *J Malagasy Gynecol Obstet.* 2017;1:11-5.
12. Mugisho E, Dramaix M, Porignon D, et al. Evolution des données maternelles et périnatales à la maternité de référence de Rutshuru. *Cah Etudes Rech Francoph.* 2002;12(2):247-51.
13. Hounkpatin B, Makoutodé M, Adoukonou T, et al. Facteurs socio-économiques associés aux complications obstétricales dans les centres de santé du Bénin. *Afr J Reprod Health.* 2019;23(1):66-73.
14. Touré S. Evaluation du système de référence/évacuation au centre de santé de référence de Banamba. Thèse. Bamako; 2019.
15. Toulema BE. Evaluation du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de Diéma. Thèse. Bamako; 2021.
16. Guindo SB. Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence à l'hôpital de Sikasso. Thèse. Bamako; 2008.
17. Sangho H, Konaké MS. Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CS réf CIV. Thèse. Bamako; 2018.
18. Raoul AS, Hounkponou A, Obossou AAA, et al. Facteurs associés aux décès maternels à l'hôpital de Zone Saint Jean de Dieu de Tanguieta. *Eur Sci J.* 2021;17(29):93-105.
19. Sanogo S. Evaluation du système de Référence/Evacuation dans le district sanitaire de Markala. Thèse. Bamako; 2019.
20. Diarra MS. Évaluation du système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de la commune I. Thèse. Bamako; 2021.
21. Kambale RRM, Maseka Sifa A, Kasengi JB, et al. Facteurs de risque associés à la mortalité néonatale à Bukavu. *Ann Sci Santé.* 2016;1(6):5-11.
22. Mbarambara PM, Namukuru FK, Bisangamo CK, et al. Facteurs associés à la mortalité périnatale à l'hôpital Dr Rau/Ciriri. *J Pediatr Puériculture.* 2015;28(3):109-13.
23. Ntambue AM, Donnen P, Dramaix-Wilmet M, et al. Facteurs de risque de la mortalité périnatale à Lubumbashi. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2012;60(3):167-76.
24. Serra SC, Carvalho CA, Batista RFL, et al. Factors associated with perinatal mortality in a Brazilian Northeastern capital. *Cienc Saude Coletiva.* 2022;27(4):1513-24.
25. Courbiere B, Carcopino X. Gynécologie obstétrique. Vernazobres-Grego; 2011.
26. M'baye SM, et al. Pre-eclampsia in Zinder (Niger): Clinical Presentation, Management and Prognosis. *Health Sci Dis.* 2024;25(11).

How to cite this article : Ndayikengurukiye A, Kwizera EC, Barahandwa P, et al. Pronostic materno-foetal des parturientes référées au cours du travail d'accouchement au CHU de Kamenge. *Baobab Health.* 2026;1(2):106-13
DOI : <https://doi.org/10.68500/bh.v1i2.10>