

L'ABANDON DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE A BRAZZAVILLE

P. MIAKAYIZILA, PS. GANGA-ZANDZOU, HF. MAYANDA

RESUME

Nous rapportons les résultats d'une étude réalisée sur une population de nouveau-nés abandonnés à la naissance. Pendant une période de 5 mois, 5 nouveau-nés (groupe 1) trouvés dans la nature et 9 abandonnés provisoirement ou non (groupe 2) alors qu'ils étaient hospitalisés dans le service de néonatalogie ont été étudiés. Les raisons de l'abandon dans le groupe 1 demeurent inconnues ; tandis que dans le groupe 2, les mamans des enfants sont en général mineures, sans ressources financières, sans activités professionnelle ou scolaire et habitent pour la plupart chez leurs parents. Tous les enfants du groupe 1 étaient eutrophiques à terme, alors que 78 % des enfants du groupe 2 étaient prématurés. La morbidité dans cette série était dominée par l'infection néonatale, et 5 enfants sont décédés pendant la période d'étude. Les enfants sortis vivants ont été soit récupérés par leurs parents qui se sont rétractés, soit par des sœurs religieuses. Cette étude permet de définir le profil des mères qui abandonnent leur nouveau-né à la naissance, et montre la nécessité de renforcer l'action des services sociaux dans l'organisation du système de santé.

Mots clés : abandon, nouveau-né.

1 - INTRODUCTION

La pédiatrie sociale prend une part de plus en plus importante dans l'exercice de la pédiatrie aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, car la maltraitance des enfants sous forme de sévices ou de carence de soins est actuellement bien connue des pédiatres (1).

L'organisation des structures de soins et d'action sociale dans les pays occidentaux telle que la France, permet non sans difficultés de faire face à des situations de détresse psychosociale et éducative grâce à l'existence de foyers pour jeunes, d'établissements spécialisés ou de services

sociaux tels que l'Aide Sociale à l'Enfance (2). Tandis qu'en Afrique et au Congo en particulier, l'organisation du système de santé repose en grande partie sur les soins curatifs et préventifs. Ainsi les structures de soins ne sont pas suffisamment équipées pour prendre en charge efficacement ces problèmes familiaux et sociaux.

L'abandon du nouveau-né à la naissance est une forme particulière de maltraitance par carence de soins et d'affection largement décrit dès le XIXe siècle (3). Ce dysfonctionnement relationnel mère-enfant est fréquemment rencontré en Afrique et témoigne tout aussi d'une insuffisance de structures de soins que d'une évolution des mœurs dans la société africaine.

II - BUT DE L'ETUDE

Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques d'une population de nouveau-nés abandonnés à la naissance et d'en préciser les caractéristiques maternelles afin de cibler le profil maternel et si possible diminuer la morbidité néonatale.

III - PATIENTS ET METHODE

Du 8 novembre 96 au 29 mars 97, 14 nouveau-nés abandonnés par leurs parents à la naissance ont été hospitalisés dans le service de Néonatalogie du CHU de Brazzaville.

Deux groupes d'enfants ont été individualisés en fonction du type d'abandon. Ainsi 2 types d'abandon ont été définis ; abandon primaire (groupe 1, n = 5) : nouveau-né emmené par une tierce personne ne connaissant pas la famille d'origine et abandon secondaire (groupe 2, n = 9) : nouveau-né qui à partir d'un moment précis ne reçoit plus aucune visite de sa famille pendant son hospitalisation.

Chez tous ces nouveau-nés ont été étudiées les données de l'examen clinique, la morbidité et leur évolution. Les caractéristiques maternelles des nouveau-nés abandonnés secondairement ont également été étudiées.

IV - RÉSULTATS

Les nouveau-nés abandonnés d'emblée ou secondairement sont décrits respectivement dans les tableaux I et II.

Tableau I : Caractéristiques néonatales des enfants du groupe 1

Observation	Poids (g)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)	Terme (SA)	Clinique	Pathologie	Evolution
1	3700	50	36	41	Hypothermie Ecchymoses - Hypotonie	Infection non confirmée	Sortie à J15
2	3050	49,5	35	40	Teint gris Hypotonie	Infection	Sortie à J15
3	3230	50	35	40	Normal	-	Sortie à J10
4	4000	51	36	42	Couvert de sable Cyanose Cri vigoureux	Anémie	Sortie à J15
5	2420	48	34	40	Hypothermie Teint gris Cri plaintif Détresse respiratoire	Infection	Décès à J3

Tableau II : Caractéristiques néonatales des enfants du groupe 2

Observation	Poids (g)	Taille (cm)	Périmètre crânien (cm)	Terme (SA)	Clinique	Pathologie	Evolution
1	1820	42	31	34	Refus alimentation	Infection	Décès à J3
2	1700	43	32	36	Hypotonie - Résidus gastriques	Infection hypotrophie	Décès à J20
3	1500	38	31	33	Succion faible - Résidus gastriques	Souffrance cérébrale	Sortie à J10
4	1400	37	28,5	33	Cyanose - Pâleur Détresse respiratoire	Infection	Sortie à J13
5	1300	36,5	28	33	Cyanose - Cri plaintif Détresse respiratoire	Infection	Sortie à J13
6	2800	48	35	40	Normal	-	Sortie à J10
7	1400	46	31	32	Normal	Anémie	Sortie à J10
8	1325	43	31	36	Hypotrophie - Détresse respiratoire - Ictère	Septicémie	Décès à J3
9	2000	43	33	40	Teint gris - Hypotonie Convulsions - Syndrome malformatif	Syndrome malformatif Hypotrophie	Décès à J10

Le groupe 1, caractérisé par les nouveau-nés victimes d'abandon primaire (n = 5) est composé de 2 garçons et 3 filles. Ils sont tous nés à terme, eutrophiques sauf la seule fille (observation 5) qui est décédée à 3 jours de vie dans un tableau d'infection néonatale sévère. Ils ont été amenés soit par des agents de la force publique (n = 2), soit par des personnes de bonne volonté (n = 3).

Ils ont tous été retrouvés dans la nature, sauf une qui a été récupérée dans une fosse septique (observation 2). Dans ce groupe, la morbidité était caractérisée par l'infection prouvée ou non (n = 3) et l'anémie (n = 1). Quatre nouveau-nés sur 5 (80 %) ont pu quitter le service entre J 10 et J 15, et ont tous été récupérés par des sœurs religieuses.

Le groupe 2, caractérisé par les nouveau-nés abandonnés pendant leur hospitalisation est composé de 7 garçons et 2 filles. Deux jumeaux (observations 4 et 5) font également partie de ce groupe. Sept nouveau-nés sur 9 (78 %) sont nés prématurément. Ils ont tous été adressés d'un hôpital périphérique pour prématurité (n=7) ou suspicion d'infection néonatale (n=2). Dans ce groupe la morbidité était caractérisée par l'infection néonatale (n=6), la souffrance cérébrale (n = 1), l'anémie (n = 1) et un syndrome polymalformatif (n = 1). Quatre enfants sur 9 (44 %) sont décédés en cours d'hospitalisation, les 5 autres nouveau-nés (56 %) ont pu quitter le service entre J10 et J13. Parmi ces derniers des parents se sont à nouveau présentés pour

3 enfants et ont souhaité les récupérer, les 2 autres sont allés chez des sœurs religieuses.
Les caractéristiques maternelles des nouveau-nés du groupe

pe 1 sont par définition inconnues. Les caractéristiques maternelles des nouveau-nés abandonnés secondairement sont présentées dans le tableau III.

Tableau III : Caractéristiques maternelles des enfants du groupe 2

Observation	Age (ans)	Gestité	Suivi de la grossesse	Activité professionnelle ou scolaire	Conditions de vie
1	15	1	Non	Sans	Parents
2	17	3	Non	Sans	Parents
3	15	1	Non	Sans	Parents
4	19	2	?	Sans	Vie en couple
5	15	1	Non	Elève	Parents
6	17	1	Mal suivie* Naissance à domicile	Sans	Vie en couple
7	16	1	Non	Sans	?
8	22	1	Non Naissance à domicile	Sans	Célibataire

* 1 Consultation prénatale

L'analyse de ces données fait apparaître une nette prédominance de mères mineures (75 %) avec un mauvais ou une absence de suivi de la grossesse (87 %), sans activité particulière scolaire ou professionnelle (1 seule élève) et prises en charge le plus souvent par leurs parents (50 %).

V - COMMENTAIRES

Pendant la période d'étude qui s'étale sur 4 mois, 300 nouveau-nés ont été hospitalisés dans le service, ce qui représente une prévalence de 4,6 % enfants abandonnés et hospitalisés en néonatalogie pendant la période d'étude.

Sur le plan méthodologique, la définition de l'abandon s'applique parfaitement aux nouveau-nés du groupe 1. L'on peut cependant porter des réserves quant à son utilisation pour les enfants du groupe 2. Il s'agit très certainement ici d'un usage abusif, car le code de la famille congolaise définit précisément ce terme, et fait clairement la distinction entre les enfants trouvés qui correspondent aux nouveau-nés du groupe 1 et les enfants abandonnés qui sont ainsi déclarés par le Tribunal Populaire d'Arrondissement ou de District lorsque leurs parents se sont manifestement désintéressés d'eux depuis plus de 6 mois (Loi n°073/84 du 17/10/1984 - Portant Code de la Famille).

Cependant il nous a paru important d'utiliser ce terme pour différentes raisons ; d'abord cela permet d'individualiser les parents qui s'inscrivent dans une démarche d'abandon de leur enfant afin d'essayer de comprendre leur motivation et de les convaincre de l'intérêt de la démarche inverse, et ensuite de détecter les éventuels dysfonctionnements des structures de soins ayant pu entraîner une telle consé-

quence. En l'occurrence, ceci a permis de comprendre que parmi les enfants abandonnés secondairement, dans 3 cas les parents avaient fait ce choix pour des raisons financières. Et dès qu'ils ont pu assurer le paiement des frais d'hospitalisation, ils se sont à nouveau présentés pour récupérer leurs enfants. Cet aspect souligne certainement l'une des plus importantes faiblesses des systèmes de santé des pays en voie de développement à savoir une absence de régime de sécurité sociale efficace. Au regard des difficultés économiques que traversent nos pays à l'heure actuelle, la conception d'un tel système sans doute indispensable n'est que plus ardue.

Cependant même en France où une loi du 2 Septembre 1941 reconnaît pour toute femme vivant en France la liberté fondamentale de pouvoir accoucher anonymement avec des frais d'hébergement et d'hospitalisation pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (4), on y rencontre encore bien que rarement des nouveau-nés abandonnés dans la nature.

Outre l'aspect économique et financier, cette étude permet de souligner différents facteurs épidémiologiques. En effet si le profil des mères d'enfant victimes d'abandon primaire, n'est pas connu, l'on peut cependant spéculer qu'il se rapproche des mères des enfants du groupe 2, c'est à dire filles mineures sans ressources financières et sans activités professionnelles ou scolaires. La prédominance de filles jeunes dans cette étude comme dans d'autres séries (5,6) soulève également la question de l'absence de rapports sexuels protégés au sein d'une population particulièrement exposée au risque de maladies sexuellement transmissibles, dans un pays où leur incidence est loin d'être négligeable.

Parmi les raisons souvent invoquées lors de l'accouchement anonyme, les mamans citent elles-même : l'impossibilité matérielle à faire face à l'éducation d'un enfant et l'existence d'un vécu de violence voulant à tout prix faire oublier le géniteur (4).

Un indice de risques de mauvais traitements à enfants, calculé à partir des 9 items suivants : âge maternel, antécédents parentaux de maltraitance, antécédents de maltraitance d'un membre de la fratrie, pathologies affectives parentales, conditions socio-économiques défavorables, antécédents psychiatriques parentaux, grossesses multiples, pathologies obstétricales et déni de la grossesse, a montré son intérêt dans la prévention de la lutte contre la maltraitance néonatale (3). Les indicateurs de grossesse à haut risque psychosocial étant ainsi identifiés, seule une approche pluridisciplinaire des grossesses à haut risque faisant intervenir pédopsychiatres, psychologues, pédiatres, gynécobstétriciens, sages-femmes et assistantes sociales avec un relais de prise en charge du couple mère-enfant après la naissance peut permettre une amélioration de ce drame relationnel (7).

Dans la présente série, en ce qui concerne l'abandon primaire, il n'est pas impossible que cet abandon du nouveau-né à la naissance soit la traduction d'une affection maternelle psychiatrique. La période du post-partum étant particulièrement propice à la décompensation ou à la survenue d'affections psychiatriques à tendance dépressive aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays sous-développés (8, 9). Des facteurs socio-économiques et familiaux identiques à ceux évoqués lors de l'abandon du nouveau-né : mauvaises conditions socio-économiques, difficultés relationnelles avec le partenaire, événements induisant un stress ont également été identifiés dans la survenue de la dépression maternelle du post-partum (8).

Les 2 groupes de nouveau-nés se distinguent par une fré-

quence plus élevée de prématurés dans le groupe 2 (0 % vs 78 %). Ainsi la mortalité plus importante dans ce groupe (20 % vs 44 %) pourrait au moins en partie s'expliquer par une fréquence accrue de prématurés. En effet, sur 4 décès survenus dans le groupe 2, 3 étaient prématurés ; et l'on sait la vulnérabilité particulière des prématurés aux infections. La morbidité dans les 2 groupes est dominée par les infections et ceci n'est nullement surprenant en particulier pour les naissances dans des conditions peu hygiéniques et en cas de grossesses mal suivies.

Par ailleurs, l'on ne peut manquer de s'interroger également sur l'évolution des mœurs dans la société africaine, en particulier dans nos pays où la culture repose en grande partie sur la famille au sens large, avec une solidarité offrant de multiples possibilités de confier l'éducation et l'élevage de son enfant à un membre du clan familial. L'on ne peut malheureusement que constater que l'aspect socio-économique a emboîté le pas de l'évolution des valeurs traditionnelles.

Des dispositions légales du code de la famille congolaise prévoient des possibilités d'adoption pour les enfants trouvés ou abandonnés. La prise en charge des enfants de cette série par des sœurs religieuses montre l'insuffisance de moyens dont disposent les services d'assistance sociale dans notre pays. L'église agissant en qualité d'œuvre privée prévue par le code de la famille congolaise, a heureusement depuis toujours exercé cette vocation sociale et éducative.

VI - CONCLUSION

Cette étude permet de définir le profil des mères qui abandonnent leur nouveau-né à la naissance, souvent mineures sans ressources financières, sans activités et vivant chez leurs parents. Elle montre également la nécessité de renforcer l'organisation des structures de soins et d'action sociale pour pallier l'insuffisance de moyens des services sociaux dans notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BERTHIER M, ORIOT D.
Le pédiatre et l'enfant exclu.
Arch Pédiatr, 1997, 4 : 607-14.
- 2 - DUBOC G, DUBOC M.
Aide sociale à l'enfance.
Editions techniques. Encycl Méd. Chir. (Paris-France), Pédiatrie, 4-127-A-10, 1993, 4p.
- 3 - DIQUELOU JY.
Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale. Approche préventive en milieu obstétrical. Rôle d'un indice de risque de maltraitance.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod, 1996, 25 : 809-18.
- 4 - DUBOC M.
L'accouchement anonyme.
Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 1991, 7 : 393-7.
- 5 - BRAYDEN RM, ALTEMEIER WA, DIETRICH MS, TUCKER DD,
CHRISTENSEN MJ, MCLAUGHLIN FJ, SHERROD KB.
A prospective study of secondary prevention of child maltreatment.
Pediatr, 1993, 122 : 511-6.
- 6 - LEVENTHAL JM, HORWITZ SM, RUDE C, STIER DM.
Maltreatment of children born to teenage mothers : a comparison between the 1960s and 1980s. J. Pediatr, 1993, 122, 314-9.
- 7 - BERTHIER M, BARAUD C, DABAN M, PAGET A, HAY MC, CHARRIER A, ORIOT D.
Evaluation de la prise en charge psychosociale en maternité : expérience du CHU de Poitiers. Arch Pédiatr, 1995, 2 : 840-7.
- 8 - VIINAMAKI H, NISKANEN L, PESONEN P, SAARIKOSKI S.
Evolution of postpartum mental health.
J. Psychosom. Obst. Gynecol, 1997, 18 (3) : 213-9.
- 9 - KIT LK, JANET G, JEGASOTHY R.
Incidence of postnatal depression in Malaysian women.
J. Obst. Gynaecol. Res, 1997, 23 (1) : 85-9.