

Mortinatalité : aspects sociodémographiques à l'hôpital régional de Kindia en Guinée

Stillbirth: Sociodemographic Aspect at the Regional Hospital in Kindia, Guinea

F.B. Diallo · I.S. Baldé · B.S. Diallo · A. Diallo · O. Baldé · I. Conté · A. Béavogui · B. Diallo

© Lavoisier SAS 2016

Résumé Objectif : Les objectifs de ce travail étaient de calculer le taux de mortinatalité à la maternité de l'hôpital régional de Kindia et de décrire le profil sociodémographique des gestantes ayant accouché d'enfants mort-nés.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif portant sur les 139 cas de mortinatalité (mère et nouveau-né) reçus à la maternité de l'hôpital régional de Kindia sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012.

Résultats : Les taux de mortinatalité retrouvés dans notre étude sont variables et sont plus élevés dans les catégories de femmes ayant les caractéristiques ci-après : l'âge maternel élevé (75 ‰ chez les femmes de 40 ans ou plus), le bas niveau d'étude (88,98 ‰), le bas niveau socio-économique (52,16 ‰), le statut célibataire (54,01 ‰), l'évacuation sanitaire (95,23 ‰), la multiparité (97,56 ‰), le mauvais suivi prénatal (110,56 ‰). Les nouveau-nés de sexe masculin ont été les plus concernés (64,03 ‰), ainsi que ceux qui étaient issus d'une grossesse à terme (79,86 ‰) et ceux ayant un poids de naissance normal (82,73 ‰). Sur le plan morphologique, la plupart des nouveau-nés étaient non macérés (71,94 ‰), le taux était plus élevé dans les cas de présentation par le siège (87,37 ‰). Le taux de 205,81 ‰ a été observé chez les gestantes présentant une pathologie maternelle associée à la grossesse.

Conclusion : Le taux élevé de mortinatalité dans notre série est la conséquence de la mauvaise surveillance de la grossesse et du travail, du faible pouvoir d'achat de la population, d'un niveau éducatif bas et de l'accessibilité laborieuse

des hôpitaux de référence, dont l'hôpital régional de Kindia (éloignement géographique de la plus grande partie de la population habitant en milieu rural ; mauvais état des routes reliant le milieu rural aux centres urbains abritant les hôpitaux de référence). La diminution de la fréquence de cette mortinatalité serait l'effet d'une action collective engageant aussi bien l'État que la communauté.

Mots clés Mortinatalité · Éducation · Conditions socio-économiques

Abstract Objectives: The objectives of this study were to calculate the rate of stillbirth in the maternity ward of the regional hospital, Kindia and to describe the sociodemographic profile of pregnant women who gave birth to stillborn children.

Method: This was a descriptive type of prospective study of 139 stillbirth cases (mother and newborn) received at the maternity ward of regional hospital, Kindia over a period of 12 months, from January 1st to December 31st, 2012.

Results: The stillbirth rates found in our study are diverse and higher in the group of women with the following characteristics: high maternal age (75‰ in women 40 years or more), low level of education (88.98‰), low socioeconomic level (52.16‰), the unmarried status (54.01‰), medical evacuation (95.23‰), multiparity (97.56‰), and poor prenatal care (110.56‰). Newborn males were the most affected (64.03‰), as well as those from a full-term pregnancy (79.86‰) and those with normal birth weight (82.73‰). Morphologically, most newborns were not macerated (71.94‰), the rate was higher in case of breech presentation (87.37‰). In case of associated maternal morbidities, the rate of stillbirth was 205.81‰.

Conclusion: The high rate of stillbirth in our series is the result of poor management of pregnancy and labor, the low purchasing power of the population, a low level of education and arduous accessibility to referral hospitals, one of which is the regional hospital, Kindia (geographical remoteness of most of the population living in rural area, poor

F.B. Diallo (✉) · I.S. Baldé · A. Diallo · I. Conté
Service de gynécologie obstétrique, université de Conakry,
CHU Ignace-Deen, BP 1819 Conakry, Guinée
e-mail : bindiallo223@hotmail.com

B.S. Diallo · O. Baldé · A. Béavogui
Service de gynéco-obstétrique, CHU Donka Conakry,
BP 234, Conakry, Guinée

B. Diallo
Maternité, hôpital régional de Kindia, BP 585, Conakry, Guinée

condition of the roads linking rural areas to urban centers). The decrease in the frequency of stillbirth would be the effect of collective actions involving both the state and the community.

Keywords Stillbirth · Education · Socioeconomic level

Introduction

La mortinatalité est le décès du fœtus pendant la grossesse (mort ante-partum), suivie ou non de rétention fœtale et pendant l'accouchement (mortalité intra-partum) [1].

Le mort-né est, selon l'Organisation mondiale de la santé, le décès de tout produit de conception ayant au minimum un poids de 500 g à la naissance ou si le poids est inconnu, un terme compris entre 22 semaines d'aménorrhée et le début du travail ou ayant une taille de 25 cm à la naissance [1].

La mortinatalité est une composante de la mortalité périnatale qui regroupe les mort-nés et les morts néonatales précoces. Elle reste un problème de santé publique. Sa diminution est un pari à surmonter pour l'obstétricien et les pouvoirs publics, car son taux est un indicateur en matière de santé de la reproduction [1].

De nombreux progrès ont été réalisés ces dernières décennies pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La mortinatalité, bien qu'en baisse dans les pays développés, reste encore élevée dans les pays en voie de développement, particulièrement en Afrique subsaharienne [1].

Dans les pays à faible espérance de vie, la mortinatalité reste un problème de santé publique majeur. Elle l'a été historiquement dans les pays aujourd'hui développés où elle est maintenant faible [2].

De nombreuses circonstances étiologiques souvent intriquées expliquent les taux élevés de mortalité fœtale et maternelle. Parmi elles, les facteurs culturels, religieux, socio-économiques et sanitaires sont ceux qui sont le plus souvent révélés dans la littérature [3–6].

En 2000, le taux de mortinatalité était de 3,8 % au Japon contre 7 % aux États-Unis [7].

Quelques études publiées à ce jour rapportent des taux élevés de mortinatalité dans les hôpitaux africains :

- 106 % à Dakar (Sénégal) [8] ;
- 47 % à Lomé (Togo) [9] ;
- 64,2 % à Conakry (Guinée) [10].

En Afrique, sortir d'une maternité sans enfant vivant après un accouchement est un grand drame. C'est ainsi que le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique en Guinée a adhéré à travers son Plan national de développement sanitaire (PNDS, axe stratégique n° 1 : réduction de la mortalité

infantile de 98 à 35 %) d'ici 2015 se conformant aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD : n° 4).

Les objectifs de ce travail étaient :

- de calculer les taux de mortinatalité à la maternité de l'hôpital régional de Kindia ;
- de décrire le profil sociodémographique des gestantes ayant accouché d'enfants mort-nés.

Méthodes et population

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif s'étendant sur une période d'une année, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012, réalisée à la maternité de l'hôpital régional de Kindia (maternité de niveau II), se situant à 180 km de Conakry la capitale, supervisée par la Faculté de médecine de Conakry.

Nous avons pris en compte tous les mort-nés avec un âge gestationnel d'au moins 22 semaines, pesant au moins 500 g et toutes les mères étaient consentantes.

Les variables d'étude étaient les suivantes :

- chez la mère : l'âge, la parité, la profession, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le nombre de consultations prénatales (CPN), le mode d'admission, l'âge gestationnel à l'accouchement – nous amenant à subdiviser les grossesses en deux groupes (non à terme : âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée ; à terme : âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée) –, le type de grossesse, l'existence ou non d'une pathologie associée à la grossesse et le facteur étiologique de la mortinatalité retrouvé ;
- chez le nouveau-né : la présentation, le poids de naissance, le sexe et l'état morphologique.

Pour calculer le taux de mortinatalité, nous nous sommes conformés aux recommandations de l'OMS : nombre de mort-nés/nombre de naissances totales (mort-nés + naissances vivantes) × 1 000.

L'étude a été réalisée grâce aux dossiers médicaux, aux fiches d'évacuation, aux carnets de CPN et aux registres de protocoles opératoires et d'accouchements.

Résultats

Taux de mortinatalité : durant la période d'étude, nous avons enregistré 2 917 accouchements dont 139 cas de mort-nés, soit un taux de 47,65 % naissances totales.

Les données sociodémographiques sont présentées dans les Tableaux 1, 2. Les taux de mortinatalité étaient plus élevés pour les femmes dont le niveau de scolarité était le primaire, les femmes au foyer, les mères célibataires et les

Tableau 1 Mortinatalité et données sociodémographiques [1].			
Caractéristiques	Nombre de naissances vivantes	Mort-nés	Taux (%)
Âge maternel (ans)			
≤ 19	786	34	41,46
20–24	633	32	48,12
25–29	673	31	44,03
30–34	286	13	43,47
35–39	326	23	65,9
≥ 40	74	6	75
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	1 818	91	47,67
Primaire	215	21	88,98
Secondaire	519	22	40,66
Universitaire	226	5	21,64
Catégorie socioprofessionnelle			
Femmes au foyer	1 599	88	52,16
Élèves–étudiantes	619	28	43,27
Fonctionnaire	160	4	24,39
Libérale	400	19	45,34
Statut matrimonial			
Mariée	2 165	104	45,83
Célibataire	613	35	54,01
Mode d'admission			
Venue d'elle-même	2 531	113	42,73
Évacuée	247	26	95,23
Total	2 778	139	

Tableau 2 Mortinatalité et données sociodémographiques [2].			
Caractéristiques	Nombre de naissances vivantes	Mort-nés	Taux (%)
Parité			
Primipare	1 519	63	39,82
Paucipare	892	47	50,05
Multipare	293	21	66,87
Grande multipare	74	8	97,56
Nombre de CPN			
0	266	33	110,36
1	181	14	71,79
2–3	2 065	82	38,19
≥ 4	266	10	36,23
Mode d'accouchement			
Voie basse	2 220	122	52,02
Voie haute (césarienne, laparotomie)	558	17	29,56

femmes évacuées. Les multipares, les femmes dont la grossesse n'était pas suivie avaient les taux les plus élevés.

Les caractéristiques des nouveau-nés mort-nés sont présentées dans le Tableau 3. Les nouveau-nés de sexe masculin et ceux à terme avaient les taux de mortalité les plus élevés.

Les caractéristiques de la grossesse sont présentées dans le Tableau 4. En cas de pathologie liée à la grossesse, le taux de mortinatalité était de 205,81%.

Discussion

Taux de mortinatalité

Le taux de mortinatalité observé à l'hôpital régional de Kindia est supérieur à ceux de certains auteurs, notamment

Tableau 3 Caractéristiques des nouveau-nés mort-nés.		
Caractéristiques	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Masculin	89	64,03
Féminin	50	35,97
Âge gestationnel		
À terme (≥ 37 SA)	111	79,86
Non à terme (< 37 SA)	28	20,14
Poids de naissance (g)		
≥ 2 500	115	82,73
< 2 500	24	17,27
État morphologique		
Macéré	39	28,06
Non macéré	100	71,94
Total	139	100

Tableau 4 Caractéristiques de la grossesse.			
Caractéristiques	Nombre de naissances vivantes	Mort-nés	Taux (%)
Type de grossesse			
Unique	2 747	137	47,5
Multiple	31	2	60,6
Présentation			
Céphalique	2 644	128	46,17
Siège	94	9	87,37
Transverse	40	2	47,61
Pathologie liée ou associée à la grossesse			
Oui	328	85	205,81
Non	2 450	54	21,56
Total	2 778	139	

Diallo et al. (36,37 %) en Guinée [11], Kalenga et al. (38,8 %) en République démocratique du Congo [5]. Il est par contre inférieur à ceux rapportés par Touré (64,2 %) en Guinée [10], Traore (79,5 %) au Mali [12], Cissé (92 %) au Sénégal [13] et Fretts (4,6%) aux États-Unis [14].

Ces taux élevés de mortinatalité en Afrique s'expliqueraient par le fait que ces pays ont un niveau de prise en charge sanitaire équivalent.

Caractéristiques sociodémographiques

La mortinatalité n'épargne aucune tranche d'âge, mais cependant la tranche d'âge supérieure ou égale à 40 ans, suivie de celle de 35–39 ans sont les plus exposées avec respectivement 75 et 65,9 %. Ce résultat est superposable à celui de Meda et al. [15] à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso où les mères âgées de 35 ans ou plus avaient un risque accru de plus de 3 d'accoucher un enfant mort. Koenig [16] rapportait que l'âge maternel élevé était un facteur de risque de mortinatalité. Ce constat pourrait s'expliquer par la fréquence plus élevée des pathologies associées à la grossesse chez les gestantes plus âgées. Cela est en accord avec Edouard et Alberman [17] qui rapportent que « les risques pathologiques de la grossesse et l'accouchement augmentent avec l'âge et la parité ». Les femmes ayant un bas niveau d'étude (primaire) et les non-scolarisées sont celles dont les enfants sont les plus exposés, avec respectivement 88,98 et 47,67 %, soit un taux deux à quatre fois plus élevé que celui du groupe des femmes qui ont un niveau d'études supérieures. Le taux de mortinatalité chez les femmes au foyer est respectivement 52,16 contre 24,39 % chez les salariées, soit un taux 2,13 fois plus élevé chez les femmes au foyer. Ce résultat pourrait s'expliquer par plusieurs faits : les femmes au foyer représentent l'essentiel de la classe féminine en Guinée ; elles sont dans la majorité des cas analphabètes et pour la plupart pauvres, attachées aux activités de suivi de la famille et ont une éducation sanitaire faible ou absente en matière de santé en général et de la santé reproductive en particulier. Il faut noter également le contexte de conditions de vie défavorables pour un grand nombre de ces femmes au foyer qui vivent en dessous du seuil minimal de pauvreté, avec son cortège de sous-alimentation, de malnutrition et d'inaccessibilité géographique et financière aux soins prénatals. Le statut célibataire augmente le risque de la mortinatalité avec un taux de 54,01 % chez les célibataires contre 45,83 % chez les femmes mariées. Le constat était différent pour Traore [12] au Mali, rapportant que les parturientes mariées étaient les plus concernées par la mortinatalité avec un taux de 94,9 %. Wales [18] estimait que la situation matrimoniale n'interfère pas sur le risque de mortinatalité.

Le taux de mortinatalité est environ deux fois plus élevé dans le groupe des gestantes et parturientes évacuées par rapport aux non-évacuées, soit 95,23 versus 42,73 %. Le

même résultat a été retrouvé dans les études sur la mortalité maternelle [19,20]. C'est pour toutes ces raisons que les auteurs qui enregistrent les taux les plus élevés de décès maternels et fœtaux incriminent l'évacuation obstétricale comme le facteur de risque le plus péjoratif et insistent sur l'accessibilité à des soins efficaces comme solution première aux problèmes de la mort maternelle et de la mortinatalité [19,20].

Les multipares et les grandes multipares étaient les plus exposées avec respectivement un taux à 97,56 et 66,87 %. Diallo et al. [11] rapportaient que le risque de mortinatalité augmentait avec la parité et qu'il était plus important aux parités extrêmes avec 74,07 % chez les primipares et 92,46 % chez les grandes multipares, contre 12,05 % chez les paucipares. Rekik et al. [21] en Tunisie rapportaient que la grande multiparité multipliait par 4 le risque de mortinatalité. Le taux de la mortinatalité diminuait avec l'augmentation du nombre de CPN. Il était de 110,36 % lorsqu'il n'y avait aucune CPN et de 36,23 % quand la gestante avait eu au moins quatre CPN, soit trois fois moins. Ce constat était partagé par Meda et al. [15] qui rapportaient que le risque de mortinatalité était multiplié par 2 lorsque la mère n'avait pas eu de CPN. De même en France, dans une étude sur 112 observations de grossesses d'adolescentes, la mortinatalité et la mortalité néonatale augmentaient en l'absence de toute CPN [22].

L'accouchement par voie basse est la règle lorsque le diagnostic de mort in utero est posé. La césarienne n'est indiquée que lorsqu'une complication met en danger la vie de la mère ou que les conditions de la voie basse ne sont pas remplies.

Le fœtus de sexe masculin à un risque plus élevé de mortinatalité, ce qui a aussi été observé par Tchobrousky qui rapportait 124 décès dans le sexe masculin pour 100 décès dans le sexe féminin [23]. La prédominance de la mortinatalité dans le sexe masculin suscite des interrogations et doit faire l'objet de recherches plus poussées.

La prédominance des mort-nés non macérés pourrait s'expliquer par la fréquence non négligeable de la dystocie et de la souffrance fœtale aiguë dans notre série. Rekik et al. [21] en Tunisie rapportaient que l'incidence de la mortinatalité était plus élevée en cas de grossesse gémellaire par rapport à la grossesse monofœtale. Cette fréquence élevée en cas de grossesse gémellaire pourrait s'expliquer par la classique surmortalité du deuxième jumeau dans ce type de grossesse (cinq cas sur sept dans notre série).

Le taux élevé de mortinatalité en cas de présentation par le siège pourrait s'expliquer par diverses raisons : la lenteur du travail, source de souffrance fœtale et l'accouchement parfois dystocique lors de cette présentation : dystocie du siège, faisant recourir à certaines manœuvres obstétricales parfois fœticides (traumatisant le fœtus) grevant encore le pronostic fœtal.

Rekik et al. [21] en Tunisie estiment que la pathologie gravidique est importante à considérer en cas de mortinatalité, car le taux de mortinatalité était 2,5 fois plus important chez les patientes présentant une toxémie gravidique que chez les patientes ne présentant pas de toxémie, et l'existence d'une pathologie médicale préexistante (HTA, diabète, cardiopathie) doublait le taux de mortinatalité (55 contre 27 %). La prédominance de l'HTA comme facteur étiologique majeur dans notre série pourrait s'expliquer par l'absence ou la faible qualité des CPN liées, soit au non-dépistage des grossesses à risque d'HTA ou à la mauvaise prise en charge de l'association HTA et grossesse ou encore à la non-orientation des gestantes hypertendues vers un personnel qualifié.

Conclusion

Le taux élevé de mortinatalité dans notre série est la conséquence de la mauvaise surveillance de la grossesse et du travail, du faible pouvoir d'achat de la population, d'un niveau éducatif bas et de l'accessibilité laborieuse des hôpitaux de référence, dont l'hôpital régional de Kindia (éloignement géographique de la plus grande partie de la population couverte habitant en milieu rural ; mauvais état des routes reliant le milieu rural aux centres urbains abritant les hôpitaux de référence). La réduction de la mortinatalité est une priorité pour l'obstétricien. Elle passe par une bonne prise en charge du couple mère-enfant. Il faut pour cela rendre efficace et accessible la CPN à toutes les femmes enceintes. La CPN permet le dépistage des facteurs étiologiques pouvant compliquer l'évolution de la grossesse et aboutir à une mort fœtale. Dans la majorité des cas, les divers facteurs de risque retrouvés peuvent être évités : la surveillance de la grossesse et du travail apparaît comme un facteur majeur de la prévention.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. OMS (2000) Rapport sur la mortalité néonatale et périnatale. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-045849-ab/fr/> ; http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2012_Full.pdf?ua=1
2. Woods R (2008) La mortinatalité : éclairage historique sur des problèmes persistants d'estimation et d'interprétation. *INED-Population* 2008/4 63:683-708
3. Diallo MS, Onivogui G, Keita N, et al (1988) À propos de 182 observations de mortinatalité à la maternité d'Ignace Deen de Conakry. *Annales de la SOGGO, Conakry* 1:237-53
4. Diop AB (1998) Croyances et attitudes relatives à la grossesse, à la maternité et à la santé de la mère en Afrique. Rapport du séminaire du CIE sur la réduction de la mortinatalité et la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement. Château de Longchamp, Paris 3-7 octobre 1998
5. Kalenga MK, Mutach H, Nsungula K, et al (1992) Considération épidémiologique sur les accouchements de mort-nés à la maternité de Gécamines Sendwa de Lubumbashi (Zaïre). *Rev Fr Gynecol Obstet* 87:26-9
6. Leke RJ (1987) Outcome of pregnancy and delivery at the central maternity of the central Hospital of Yaoundé. *Ann Univ Sc Santé Yaoundé* 4:322-30
7. Abourmane N (2006) Étude rétrospective de la mortalité périnatale à la maternité d'El Kelâa des Sraghna. Mémoire en santé publique 1:5
8. Fall M, Martin SL, Signatesy H, et al (1988) Mortalité périnatale à la maternité du CHU de Dakar. *Sages-femmes pour la femme, la mère et l'enfant* 12:6-14
9. Hodonou AK, Schmidt H, Vovor M (1983) La mortinatalité dans un CHU : exemple de Lomé. *Sages-femmes pour la femme, la mère et l'enfant* 7:7-18
10. Touré S (2009) Mortinatalité : facteurs épidémiologiques au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry. Mémoire DES de gynécologie obstétrique ; n°27 UGANC
11. Diallo MS, Diallo FB, Diallo Y (1996) Mortinatalité et facteurs de risque liés à la mode de vie. *Rev Fr Gynecol Obstet* 7:400-3
12. Traore AK (2009) Mortinatalité à la maternité de l'hôpital de Sikasso. Thèse de doctorat en médecine à Bamako 93:39
13. Cissé CT, Martin SL, Mgoma S, et al (1996) Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU de Dakar : situation actuelle et tendances évolutives entre 1987-1994. *Med Afr Noire* 43:258
14. Fretts RC (2005) Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 193:1923-35
15. Meda N, Traore GS, Meda HA, et al (1991) La mortalité au Burkina Faso, facteur de risque en milieu urbain de Bobo-Dioulasso. *Ann Soc Belg Med Trop* 71:307-16
16. Koenig DH (1983) La mortinatalité périnatale au grand-duché de Luxembourg. Évaluation de 1969 à 1979. *Rev Epidemiol Sante Publ* 21:129-42
17. Edouard L, Alberman E (1982) Changing maternal age parity and causes of fetal wastage. *Rev Epidem Sante Publ* 30:355-62
18. Wales B (1994) Maternal health care program and markers for late fetal death. *Acta Obstet Gynecol* 73:773-8
19. Bouhoussou MK, Djanhany Y, Bonis S, et al (1992) La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. *Med Afr Noire* 39:7480-4
20. Diallo MS, Sidibé M, Keita N (1989) La mortalité maternelle à propos de 212 observations en septains (1980-1986) à la maternité Ignace-Deen de Conakry, Guinée. *Rev Fr Gynecol Obstet* 84:419-22
21. Rekik A, Rekik R, Rekik S et al (1996) La mortinatalité et ses facteurs de risque à la maternité de Sfax. *Tunisie médicale* 64:910-1
22. Thoullon JM (1992) La mortalité périnatale dans les pays industrialisés. II^e rapport au 2^e Congrès panafricain de la Société africaine de gynécologie obstétrique. Conakry, 14-18 décembre 1992
23. Tchobrousky C (1997) Grossesse et diabète. *Rev Prat* 26:45