

Faible poids de naissance à l'Hôpital Général Provincial de Référence Jason Sendwe de Lubumbashi : RDC de Janvier à Décembre 2019

[Low birth weight at Jason Sendwe General Provincial Reference Hospital in Lubumbashi: DRC from January to December 2019]

Jean Ngolomba EA Ngolomba, Daniel Matili Widobana, Pascal Ngando Pasi, and Annette Mbilisi

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Zongo, RD Congo

Copyright © 2020 ISSR Journals. 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.

ABSTRACT: Low birth weight is defined by the World Health Organization (WHO) as a birth weight strictly less than 2500g, regardless of the term of the pregnancy. It constitutes a major public health problem, in both developed and developing countries, by virtue of its magnitude and its strong association with infant morbidity and mortality.

Our cross-sectional descriptive study analyzes the characteristics of mothers and their newborns. The target of this study consisted of all newborn babies living during the period from January to December 2019, of single fetal pregnancy.

At the end of our study, we reported 242 newborns with low birth weight out of 1998 live births, ie 12.1% grouped together in low weight; very low weight and extremely very low weight.

During our study, we noted that parturients who had not reached the 4 CPN were approximately 7 times more likely to have birth weights <1500g and this difference was statistically significant. OR = 7.60 (95% CI 1.01-57.31) Chi² = 4.1 p = 0.04.

On the socio-demographic level, 31.8% of parturients came from the Municipality of Kampemba; 83.1% were married; 37.2% were primiparous; 55.37% of NNEs were Female; Malaria predominated at 38.4% followed by urinary tract infections 17.4%; HIV infection: 1.7%.

This work could help health care workers at all levels of the system to better understand the problems of low birth weight and to do more for the health of mothers and children.

KEYWORDS: Low birth weight; associated factors.

RESUME: Le faible poids de naissance est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme un poids à la naissance strictement inférieur à 2500g, quel que soit le terme de la grossesse. Il constitue un problème majeur de santé publique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, de par son ampleur et sa forte association avec la morbidité et la mortalité infantile.

Notre étude descriptive transversale analyse les caractéristiques des mères et de leurs nouveau-nés. La cible de cette étude était constituée de tous les nouveau-nés vivants au cours de la période de Janvier à Décembre 2019, de grossesse mono fœtale.

Au terme de notre étude, nous avons rapporté 242 nouveau-nés avec faible poids de naissance sur 1998 naissances vivantes soit 12,1% regroupées en faible poids; très faible poids et extrêmement très faible poids.

Au cours de notre étude, nous avons noté que les parturientes qui n'avaient pas atteint les 4 CPN avaient environ 7 fois plus de risque d'avoir des poids de naissance <1500g et cette différence était statistiquement significative. OR=7,60 (IC à 95% 1,01-57,31) Chi²=4,1 p=0,04.

Sur le plan sociodémographique, 31,8% des parturientes provenaient de la Commune de Kampemba; 83,1% étaient mariées; 37,2% étaient primipares; 55,37% de NNés étaient de sexe Féminin; le Paludisme prédominait à 38,4% suivi des infections urinaires 17,4%; l'infection à VIH: 1,7%.

Ce travail pourrait aider les intervenants dans le domaine de la santé de tous les niveaux du système à mieux comprendre les problèmes de l'insuffisance pondérale à la naissance et à agir davantage au profit de la santé de la mère et de l'enfant.

MOTS-CLEFS: Faible poids de naissance; facteurs associés.

1 INTRODUCTION

Le faible poids de naissance (FPN) est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme un poids à la naissance strictement inférieur à 2500g, quel que soit le terme de la grossesse. Il constitue un problème majeur de santé publique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, de par son ampleur et sa forte association avec la morbidité et la mortalité infantile. En santé publique, le faible poids à la naissance est un indicateur important de l'état de santé et de la situation nutritionnelle de la mère avant et pendant la grossesse qui constitue un des domaines médicaux d'intérêt des pouvoirs publics des structures de santé publique et des établissements de recherche médicale tant dans les pays développés que dans les pays en voies de développement (WHO/Unicef, 2004)

On distingue:

- Faible poids à la naissance « low birth weight »: poids inférieur à 2 500 g (jusqu'à 2 499 g inclus).
- Poids très faible à la naissance « very low birth weight »: moins de 1 500 g (jusqu'à 1 499 g inclus).
- Poids extrêmement faible à la naissance « extreme low birth weight »: moins de 1 000 g (jusqu'à 999 g inclus).

Le faible poids de naissance c'est aussi un important prédicteur de la survie de l'enfant et de son développement ultérieur.

Pourquoi s'intéresser à la diminution du petit poids à la naissance ? à cause, principalement, des conséquences néfastes, et trop souvent irréversibles, qu'ils engendrent chez les nouveau-nés. Comparativement aux nouveau-nés ayant un poids adéquat, les risques de mortalité sont 40 fois plus élevés en période périnatale pour les enfants de petit poids et ils sont cinq fois supérieurs durant leur première année de vie. Pour les bébés nés prématurément, le taux de mortalité post-néonatale est, pour sa part, 20 fois plus élevé que celui des enfants nés à terme (Lepage, et al., 1986). Les bébés de petit poids ont aussi une durée de séjour hospitalier postnatal trois fois plus longue et une durée de ré hospitalisation 50 % plus longue que les enfants pesant 2 500 grammes et plus.

Chaque année, plus de 20 millions d'enfants ont à la naissance un poids inférieur à 2 500 grammes (Organisation mondiale de la santé, 2013). Les nourrissons ayant un faible poids de naissance risquent de mourir pendant les premiers mois ou les premières années de leur existence. Ceux qui survivent risquent d'avoir un système immunitaire déficient et, plus tard, de contracter plus facilement des maladies chroniques telles que le diabète et les cardiopathies

L'OMS (2013) estime que les nouveau-nés de faible poids de naissance représentent 17% de l'ensemble des naissances vivantes. Cette fréquence est variable selon les pays, allant de 7 % dans les pays développés à 19% dans les pays en voie de développement. L'incidence du faible poids à la naissance présente des variations importantes d'une région à l'autre. L'Asie du Sud est celle où l'incidence est la plus forte (31% des enfants présentent une insuffisance pondérale à la naissance) et la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique celle où elle est la plus faible (7%). Près de 40% des bébés à faible poids de naissance du monde en développement vivent en Inde. En Afrique subsaharienne, 14% des bébés présentent une insuffisance pondérale à la naissance et en Afrique du Nord, la proportion est de 15%.

Toutefois, il est difficile d'assurer un suivi fiable de cet indicateur essentiel dans la mesure où 58% des nourrissons du monde en développement ne sont pas pesés à la naissance. Les quelques taux suivants selon les pays africains ont été fournis par les statistiques sanitaires mondiales: le Malawi: 18%, le Congo Brazzaville et la Guinée Equatoriale: 17%, le Gabon et la Mozambique: 16%, le Ghana et le Botswana: 15%, la Côte d'Ivoire et la Gambie: 14%, l'Angola: 13%, le Rwanda: 10%, l'Afrique du sud 8% etc. (Organisation mondiale de la santé, 2013)

La situation économique défavorable de l'Afrique y est pour beaucoup dans la survenue des nouveau-nés de petit poids. D'après les études qui ont été réalisées, les infections sont mises en cause, surtout le paludisme chez la femme enceinte en zone d'endémicité. Les femmes enceintes sont très souvent obligées de se livrer à des travaux champêtres, et parcourent de longues distances pour aller aux consultations, ceci explique aussi le caractère buissonnier des présences aux consultations prénatales tel que l'ont décrit Bobossi Serengbe, et al. (1999).

En RDC, EDS II 2013-2014 a rapporté 12% de faible poids de naissance pour l'ensemble de la République (Ministère de la santé publique, et du Plan., 2013-2014).

Au Katanga, EDS II-RDC 2013-2014 a rapporté un taux de FPN estimé à 6,3%. Par ailleurs à Lubumbashi (Kalenga Mwenze Kayamba et al, 2003) ont identifié les déterminants les plus importants dans la survenue de RCIU à savoir: la taille maternelle inférieure à 155 cm, le bas niveau socio-économique, le mauvais état nutritionnel, l'hypertension artérielle maternelle et le paludisme susceptible d'entraîner le FPN.

On constate, que les bébés de petit poids ont plus souvent des problèmes de développement neurologique, qu'ils ont une plus faible organisation motrice, qu'ils répondent moins aux stimuli extérieurs, qu'ils souffrent plus souvent de problèmes de développement social, d'hyperactivité et de problèmes cognitifs et auditifs (Lepage, et al., 1989).

La fréquence élevée de faible poids de naissance intra hospitaliers pourrait s'expliquer en partie par la théorie de quatre trop: les grossesses trop précoces; trop tardives; trop nombreuses; trop rapprochées. (Ministère de la santé Publique, 2007).

1.1 TYPE D'ETUDE

Notre étude est descriptive transversale avec analyses des caractéristiques des mères et de leurs nouveau-nés enregistrés entre Janvier à Décembre 2019.

1.1.1 POPULATION D'ETUDE

La population cible de cette étude était constituée par tous les nouveau-nés vivants enregistrés au cours de la période de Janvier à Décembre 2019), de grossesse mono fœtale.

1.1.2 CRITERES D'INCLUSION

A été inclus dans l'étude tout nouveau-né, vivant au cours de la période de l'étude à la maternité, par voie basse ou par césarienne, issu d'une grossesse mono fœtale.

1.1.3 CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclus de l'étude:

- Les nouveau-nés issus de grossesses multiples;
- Les mort-nés;
- Les nouveau-nés dont les mères ont accouché en cours de route ou été référées et amenés directement en néonatalogie

1.1.4 TAILLE DE L'ECHANTILLON

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif c.à.d. nous avons pris toute naissance avec faible poids survenue à l'hôpital Jason SENDWE

1.1.5 OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Pour la collecte nous nous sommes servis des documents suivants:

- Les registres de CPN des gestantes.
- Les fiches de consultation lors de CPN des gestantes.
- Les registres de la salle technique des accouchées.
- Les registres et souches des certificats de naissance des nouveau-nés.
- Les registres de nouveau-nés admis en néonatalogie.

Les données ont été collectées du 29 aout au 17 septembre 2014

1.1.6 LES VARIABLES DE L'ETUDE

Les variables quantitatives et qualitatives suivantes ont été étudiées:

DONNÉES RELATIVES À LA PARTURIENTE

- Age de la gestante;
- Lieu de résidence;
- Parité;
- Etat matrimonial;
- Age de la grossesse;
- Suivi CPN;
- Pathologies au cours de la grossesse;
- Statut sérologique;
- Voie d'accouchement.

DONNÉES RELATIVES AU NOUVEAU-NÉ

- Sexe du NNé;
- APGAR
- Poids du NNé

2 GESTION DES DONNEES ET ANALYSES STATISTIQUES

2.1 OUTILS INFORMATIQUES D'ANALYSE

Les données collectées ont été encodées, saisies, traitées et analysées à l'aide des logiciels Excel 2007, et Epi-info 7 version 2011. Nous avons calculé les paramètres de position (quartiles, moyenne et médiane), les paramètres de dispersion (fréquence, écart type) de nos données que nous avons représentées sous forme des tableaux.

2.2 ANALYSES STATISTIQUES

2.2.1 ANALYSE UNI VARIÉE

L'analyse unie variée a concerné les variables suivantes: Age de la parturiente, âge de la grossesse, les antécédents obstétricaux (parité), Etat Matrimonial, Profession, Suivi de CPN, Résidence, Age de la gestante, Age de la grossesse

2.2.2 ANALYSE BI VARIÉE

- Association suivi CPN4 et faible poids de naissance
- Association parité et faible poids de naissance
- Association situation matrimoniale et faible poids de naissance
- Association Statut sérologique et faible poids de naissance

2.2.3 ASPECTS ETHIQUES DE L'ETUDE

Notre protocole d'étude a été validé par le comité d'éthique de notre institution présidée par le Professeur Docteur Oscar Luboya Numbi avant la mise en route de l'étude. Nous avons obtenu une autorisation du Directeur de l'hôpital et du Chef de service avant d'accéder aux registres et dossiers. Les données recueillies ont été traitées dans la stricte confidentialité et n'ont servi qu'aux fins de notre étude. Nous avons veillé et veillerons au respect du secret médical.

3 RESULTATS

Au terme de notre étude, nous avons rapporté 242 nouveau-nés avec faible poids de naissance, soit 12,1% regroupés en faible poids, très faible poids et extrêmement très faible poids sur 1998 naissances vivantes, parmi lesquels 92 étaient transférés en néonatalogie et de ces derniers 17 n'ont pas survécu.

Tableau 1. Répartition des parturientes selon la Commune de provenance

Provenance	Effectif	%
Annexe	20	8,26
Kamalondo	14	5,79
Kampemba	77	31,82
Katuba	15	6,20
Kenya	26	10,74
Lubumbashi	67	27,69
Ruashi	23	9,50
Total	242	100,00

Le tableau I montre que la majorité des parturientes provenaient de la commune de Kampemba (31,8%, n=77) par contre la minorité des parturientes provenaient de la commune de Kamalondo (5,8%, n=14).

Tableau 2. Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Célibataire	41	16,9
Mariée	201	83,1
Total	242	100,00

Le tableau II montre que les mariées étaient les plus représentées avec 201cas soit 83,1%.

Tableau 3. Répartition des accouchées selon la parité

Parité	Effectif	%
Multipare	68	28,1
Pauci pare	84	34,7
Primipare	90	37,2
Total	242	100,00

Le tableau III indique que les primipares étaient les plus représentées dans notre série avec 90 cas, soit 37,2%.

Tableau 4. Répartition des parturientes selon les pathologies au cours de la grossesse

Pathologies	Effectif	%
Anémie	4	1,65
Asthme	1	0,41
DPPNI	3	1,23
Drépanocytose	2	0,83
Eclampsie	5	2,10
HTA	14	5,79
Infection urinaire	42	17,36
Métrorragie	2	0,83
Paludisme	93	38,40
Parasitose intestinale	34	14,05
VIH	4	1,65
Aucune	38	15,70
Total	242	100,00

Le tableau IV montre que le paludisme (38,4% n=93) et les infections urinaires (17,4% n=42) ont été les infections les plus retrouvées au cours de la grossesse par contre l'asthme était l'affection la moins retrouvée (0,4% n=1).

Tableau 5. Répartition des parturientes ayant atteint quatre consultations prénatales

Suivi consultation prénatale 4	Effectif	%
Non atteint	205	81,4
Atteint	37	18,6
Total	242	100,00

Le tableau V montre que la majorité de parturientes n'avaient pas atteint la quatrième consultation prénatale (n=205) soit 81,40% par contre 18,60% seulement l'avaient atteint (n=37).

Tableau 6. Répartition des nouveau-nés admis en réanimation dans le service de néonatalogie

Réanimation	Effectif	%
Non admis	150	62,0%
Admis	92	38,0%
Total	242	100,00

Le tableau VI indique que 92 nouveau-nés soit 38,0% ont été admis en néonatalogie, soit 7,0% de FPN.

Tableau 7. Répartition des résultats sérologiques VIH des parturientes pour les activités de PTME

Résultat VIH	Effectif	%
Négatif	238	98,3
Positif	4	1,7
Total	242	100,00

Le tableau VII indique que la séroprévalence HIV chez les parturientes ayant accouché des nouveau-nés de faible poids de naissance était de 1,7% (n=4).

Tableau 8. Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Féminin	134	55,37
Masculin	108	44,63
Total	242	100,00

Le tableau VIII indique que le sexe féminin (n=134) était légèrement plus représenté soit 55,37%.

Tableau 9. Répartition des accouchements selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	%
Voie haute (Césarienne)	41	16,9
Voie basse	201	83,1
Total	242	100,00

Le tableau IX indique que la plupart de parturientes avaient accouché par voie basse (n=201) soit 83,1%.

Tableau 10. Répartition des nouveau-nés selon APGAR à la première minute

APGAR à la première minute	Effectif	%
≤7	114	47,1
>7	128	52,9
Total	242	100,00

Le tableau X indique que l'APGAR à la 1^{ère} minute était supérieur à 7 (n=128) soit 52,9% des nouveau-nés.

Tableau 11. Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 3^{ème} minute

APGAR2	Effectif	%
≤7	80	33,1
>7	162	66,9
Total	242	100,00

Le tableau XI indique que l'APGAR à la 3^è minute était supérieur à 7 à la 3^è (n=162) soit 66,9% des nouveau-nés.

Tableau 12. Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 5^è minute

APGAR3	Effectif	%
≤7	58	24,0
>7	184	76,0
Total	242	100,00

Le tableau XII indique que la majorité des nouveau-nés avaient un APGAR à la 5^è minute supérieur à 7 avec n=184 soit 76,0%.

Tableau 13. Répartition selon la tranche d'âge des parturientes

Age parturiente	Effectif	%
<18	12	4,96
18 - 28	138	57,02
29 - 39	84	34,71
≥40	8	3,31
Total	242	100,00

Le tableau XIII indique que la tranche d'âge des parturientes de 18 à 28 ans était plus concernée (n=138) soit 57,0% tandis que la tranche d'âge supérieur à 40 ans était moins concernée (n=8) soit 3,31%. La moyenne d'âge était de 27,3±6,8 tandis que le minimum était de 15 ans et l'âge maximum était de 45 ans.

Tableau 14. Répartition selon le type de faible poids naissance

Type de faible poids de naissance	Effectif	%
≤1500	30	12,40
>1500-2499	212	87,60
Total	242	100,00

Le tableau XIV montre que la majorité des nouveau-nés avaient un poids supérieur à 1500 g avec n=212 soit 87,60%.

Tableau 15. Répartition des parturientes selon le suivi à la consultation prénatale 4 et le poids à la naissance

Suivi consultation prénatale 4	Niveau de faible poids à la naissance (g)		
	≤1500 (%)	>1500-2499 (%)	Total (%)
Non atteint	29 (96,67)	168 (79,25)	197 (81,40)
Atteint	1 (3,33)	44 (20,75)	45 (18,60)
Total	30 (100,00)	212 (100,00)	242 (100,00)

OR=7,60 (IC à 95% 1,01-57,31), Chi2=4,1 p=0,04

Le tableau XV, montre que les parturientes qui n'avaient pas atteint les 4 CPN avaient environ 7,6 fois plus de risque d'avoir des faibles poids de naissance <1500g comparées à celles qui avaient réalisées 4 CPN et cette différence était statistiquement significative.

Tableau 16. Répartition des parturientes selon l'état civil et le niveau de faible poids à la naissance

Etat civil	Niveau de faible poids à la naissance		
	≤1500 (%)	>1500-2499 (%)	Total (%)
Célibataire	5 (16,67)	36 (16,98)	41 (16,94)
Mariée	25 (12,44)	176 (83,02)	201 (83,06)
Total	30 (100,00)	212 (100,00)	242 (100,00)

Le tableau XVI montre que les mariées étaient plus représentées (n=201) soit 83,06% que les célibataires, (n=41) soit 16,94% et l'état civil des parturientes n'était pas associé au FPN (chi-deux=0, 0018 p>0,05).

Tableau 17. Répartition selon la parité et le niveau de faible poids de naissance

Parité	Niveau de faible poids de naissance		
	≤1500 (%)	>1500-2499 (%)	Total (%)
Multipare	8 (26,67)	60 (28,30)	68 (28,10)
Pauci pare	11 (36,67)	73 (34,43)	84 (34,71)
Primipare	11 (36,67)	79 (37,26)	90 (37,19)
Total	30 (100,00)	212 (100,00)	242 (100,00)

Le tableau XVII, montre que les primipares étaient plus représentées soit 37% (n=90) suivies par les pauci pares 34,71% (n=84) et les multipares 28,10 (n=68) et que la parité des parturientes n'était associée au FPN.

Tableau 18. Répartition selon le résultat de VIH et le niveau de faible poids de naissance

Résultat VIH	Niveau de faible poids de naissance			Test Statistique
	≤1500 (%)	>1500-2499 (%)	Total (%)	
Négatif	30 (100,00)	208 (98,11)	238 (98,3)	$X^2 = 0,58$ $p = 1,00$
Positif	0 (00,00)	4 (1,89)	4 (1,7)	
Total	30 (100,00)	212 (100,00)	242 (100,00)	

Le tableau XVIII, montre qu'il y avait plus de séronégatives soit 98,35% (n=208) et 1,65% de séropositives (n=4) et que le résultat de VIH des parturientes n'était pas associé au faible poids de naissance des nouveau-nés.

Tableau 19. Répartition selon la tranche d'âge de parturientes et le niveau de faible poids de naissance

Age des parturientes	Niveau de faible poids de naissance		
	≤1500	>1500-2499	Total
<18	2	10	12
18 - 28	17	121	138
29 - 39	10	74	84
>40	1	7	8

Le tableau XIX montre que la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 18 à 28 ans soit 52,9% (n=138) et l'âge des parturientes n'était pas associé au niveau de FPN.

Tableau 20. Répartition selon le sexe de nouveau-né et le niveau de faible poids de naissance

Sexe nouveau-né	Niveau de faible poids de naissance			Test Statistique
	≤1500 (%)	>1500-2499 (%)	Total (%)	
Féminin	15 (50,00)	119 (56,13)	134 (55,37)	$X^2 = 0,40$ $p = 0,53$
Masculin	15 (50,00)	93 (43,87)	108 (44,63)	
Total	30 (100,00)	212 (100,00)	242 (100,00)	

Le tableau XX montre que le sexe féminin était plus représenté mais n'était pas associé au niveau de faible poids de naissance et la différence n'était pas statistiquement significative.

4 DISCUSSIONS

Durant la période d'étude nous avons enregistré 1998 naissances dont 242 nouveau-nés de petits poids inclus dans nos critères soit une fréquence de 12,1%, alors que la fréquence acceptable doit être inférieure à 10% (OMS 2013). Cette fréquence de petit poids de naissance observée dans notre étude est supérieure à celle trouvée par EDS-RDC 2013 pour la province du Katanga et inférieure à celle réalisée au Bénin soit (15%) (Fourn, et al., 1996) et supérieure à celle menée au Mali en 2000 par (Abdel Malick, et al., 2000) au CHU du Point "G" (11,70%), au Sénégal et au Bénin respectivement 10,70% et 8%. (Camara, et al., 1996). Cette différence peut traduire une amélioration de la situation sanitaire en rapport avec la mise en route des programmes nationaux de santé en direction de la femme enceinte (prévention et prise en charge du paludisme, planification familial).

4.1 LES PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES PARTURIENTES

Il ressort de notre étude que la majorité des parturientes provenaient de la commune de Kampemba (31,82%), suivi de la commune de Lubumbashi (27,69%) Cela peut se justifier par l'accessibilité géographique de l'hôpital par rapport à ces communes mais aussi par la présence d'autres structures sanitaires fiables dans d'autres communes.

La majorité était mariée soit 83,1%. Ce taux est proche de celui trouvé par Diakité: 84,27% (Diakité 2000)

Selon la parité des parturientes, les primipares étaient les plus représentées dans notre série, soit 37,19% de primipares suivi des pauci pares (34,71%) et multipares (28,10%)

EDS-RDC 2013-2014 (Ministère de la santé, et du Plan 2013-2014) a rapporté 10,7% pour les primipares suivies de 7,6% des pauci pares et 5,8% des multipares pour l'ensemble du territoire national.

Diarra a rapporté 41,14% pour les primipares. De même pour Dansoko au Mali qui a trouvé 41,14% de Primipare; 39,24% de pauci pare et 19,62% de multipare (Dansoko 2010). Ce risque plus élevé chez les primipares aurait trois explications:

Une susceptibilité plus grande au paludisme dans les zones d'hyper endémie,

Une incidence accrue des maladies sexuellement transmises du fait d'une vie sexuelle plus active et une incidence plus élevée des syndromes vasculo-rénaux (Dansoko 2010).

En rapport avec les pathologies pendant la grossesse le paludisme et l'infection urinaire étaient les pathologies les plus retrouvées avec respectivement 38,43% et 17,36% mais ne sont pas statistiquement significatives dans la survenue des FPN. Une étude menée à Bamako au CHU du "Point G" respectivement avait recueilli 13,92% et 6,96% pour le Paludisme et l'infection urinaire (A. Malick et al, 2000).

Le rôle de ces pathologies en tant que facteurs de risque de mise au monde d'un nouveau-né de petit poids est bien connu.

En effet, le paludisme qui sévit de façon endémique en zone tropicale est responsable de retard de croissance intra-utérine ou de prématurité en rapport avec l'infection placentaire par le parasite (gênant ainsi les échanges nutritionnels) et l'anoxie liée à l'anémie et à l'hyperthermie.

L'HTA est corrélée à la naissance d'un nouveau-né de faible poids. De nombreux travaux mettent l'influence négative de la pré-éclampsie sur le développement du fœtus. La toxémie gravidique est responsable d'une hypo perfusion placentaire avec comme corollaire un défaut de nutrition fœtale et un RCIU liés à l'hypoxie fœtale chronique justifiant souvent une extraction prématurée du fœtus pour éviter une mort fœtale in utéro (Blondel, et al. 1993).

Quant à la consultation prénatale, les parturientes qui n'avaient pas atteint les 4CPN avaient environ 7 fois plus de risque d'avoir les FPN < 1500g et cette différence était statistiquement significative (OR=7,60; IC à 95% 1,01-57,31; Chi2=4,1 p=0,04)

Selon EDS-RDC 2013-2014, (Ministère de la santé et du Plan 2013-2014) 48% des gestantes ont eu accès à la quatrième consultation prénatale sur l'ensemble du territoire national congolais.

Pour sa part (Diakite, 2000) a trouvé 71,36% de parturientes n'ayant pas bénéficié de CPN de qualité.

En effet dans les milieux très défavorisés où la santé n'est pas au premier rang des préoccupations, le suivi prénatal est épisodique et tardif alors qu'un suivi adéquat de la grossesse apprécié à partir du nombre de CPN et de l'existence d'examen échographiques et de bilans biologiques est associé à une fréquence moindre du petit poids de naissance (Dansoko 2010).

Une étude menée à Dakar en 1998 a rapporté un risque d'accouchement prématuré plus élevé quand le nombre de CPN est bas (Diallo, et al., 1998). Pour (Blondel, et al., 1993) la proportion de nouveau-nés de moins de 2500g est toujours significativement plus élevée chez les femmes peu suivies que chez les autres. Au Kivu en RDC, Mugisho a également montré que le risque de faible poids à la naissance a été réduit chez les femmes qui ont suivi des CPN de qualité (Mugisho, et al., 2003).

En rapport avec la voie d'accouchement la majorité des parturientes avaient accouché par voie basse soit 83,1% et 16,9% par césarienne. Pour sa part Dansoko à Bamako avait trouvé 77,22% d'accouchement par voie basse et 22,78% par voie haute (césarienne), Dansoko (2010).

En ce qui concerne la tranche d'âge des parturientes nous avons constaté comme dans beaucoup d'autres travaux que la proportion de petit poids de naissance était plus élevée chez les jeunes mères (18-29 ans: 57,02%) et diminuait progressivement quand l'âge de la mère augmentait (29-39 ans: 34,71%), inférieur à 18 ans (4,96%) et supérieur à 40 ans (3,31%). Vovor au Togo a trouvé une proportion de 27% pour l'âge compris entre 15 à 19 ans (Vovor et al 1983). Dansoko a trouvé 41,77% pour l'âge compris entre 14-19 ans (Dansoko 2010). I. Diarra a trouvé 46,05% de FPN dans la tranche d'âge compris entre 20-30 ans (Diarra 2009). Cela pourrait s'expliquer par le fait que chez les jeunes filles, la maturité biologique n'est pas encore complète, physiologiquement l'organisme n'est pas suffisamment préparé pour entretenir une grossesse et les grossesses qui évoluent dans ces conditions aboutissent généralement à la naissance d'un enfant de petit poids (E.S.Amangoua 1985).

Il se trouve que la plupart des jeunes mères sont célibataires et bénéficient rarement de soutiens matériels ou moraux ce qui peut influencer négativement le suivi médical de la grossesse et la nutrition de la mère ou l'exposer à la pratique de travaux physiques pénibles, vers lesquels sont détournés les apports nutritionnels au détriment de la croissance fœtale.

Par contre certains auteurs n'ont pas trouvé de rapport entre l'âge maternel et la croissance fœtale. Pour Letaief, et al. (2001), le taux de FPN était le plus élevé chez les femmes âgées de moins de 18 ans ($p < 0,01$). En France, en 1981, Blondel, et al (1993); ont prouvé que 6 % des femmes qui accouchaient avaient moins de 20 ans. Elles n'étaient que 2,4 % en 1995; le pourcentage de femmes accouchant à l'âge de 35 à 39 ans est passé de 5 à 10 %, celui des femmes accouchant à l'âge de 40 ans et plus de 1 % à 2,3 %.

EDS RDC (2013-2014) a rapporté que la tranche d'âge de moins de 20 ans était de 10,6% de FPN suivi de la tranche de 30-34ans: 6,7% et la tranche de 35-49: 5,4% qui ont accouché des nouveau-nés de faible poids en RDC.

La répartition selon l'état civil et le niveau de faible poids de naissance a rapporté 83,06% de mariés contre 16,94% de célibataires. Toutefois l'état civil des parturientes n'est pas associé au faible poids de naissance. Pour Dansoko F. (2010) la proportion des mariées était estimée à 82,22%. Ce taux est voisin de celui trouvé par (Diakite, 2000).

Le résultat à la sérologie VIH chez les parturientes au cours de notre étude a rapporté 238 cas de résultats négatifs soit 98,3% et 4 Cas de résultat positif soit 1,7%. Mais il n'y a pas eu association entre la séropositivité et la survenue de FPN. D'autres études menées au Mali ont rapporté les mêmes proportions soit 1,31% VIH+ (Ichaka Diarra, 2009). Par contre (Dansoko F. 2010) a rapporté 7cas sur 158 soit 4,43%.

4.2 LES PARAMETRES DES NOUVEAU-NES

La répartition selon le sexe des nouveau-nés de faible poids de naissance étaient composée de 134 filles (55,37%) contre 108 garçons (44,63%) attestant les nombreuses études où la proportion de petits poids de naissance plus élevée chez les filles que chez les garçons.

I. Diarra, (2009) a également constaté que le sexe féminin prédominait dans la survenue de faible poids avec 55%. De même pour Sangaré (1995). Contrairement à eux une étude à Bamako a donné 52,04% pour le sexe masculin et 47,96% pour le sexe féminin (Dansoko F. 2010).

Quant au score d'APGAR il était supérieur à 7 chez 52,89% des nouveau-nés à la 1^{ère} minute et 76,03% à la 5^{ème} minute. I. Diarra, (2009) à Bamako a également trouvé les valeurs supérieures à 7 à la 1^{ère} minute et à la 5^{ème} minute respectivement de 91,51% et 97,57%. Contrairement à eux Bobossi et collaborateurs au complexe pédiatrique de Bangui ont notifié 262 nouveau-nés qui avaient un score d'APGAR inférieur à 7 sur la fiche de transfert, contre 69 qui avaient un score supérieur à 7 (Bobossi Serengbe,

et al., 1999). Cette proportion peut s'expliquer par le fait que c'est une structure de 3^e échelon dotée d'un paquet complémentaire d'activités complet et ne recevant en partie que des cas transférés par les structures de deuxième échelon.

En rapport avec la répartition selon le type de faible poids de naissance, la majorité des nouveau-nés avaient un poids supérieur à 1500g soit 87,60%. Pour sa part I. Diarra, (2009) avait rapporté 37,76% de très faible poids et 62,24% d'extrêmement très faible poids.

La répartition selon l'état civil et le niveau de faible poids à la naissance a rapporté 83,1% de mariés pour 16,9%; toutefois l'état civil des parturientes n'est pas associé au faible poids de naissance. Pour Dansoko F. (2010) la proportion des mariées était estimée à 82,22%.

L'âge de grossesse variait entre 30 et 41 semaines et la moyenne d'âge était de 36,56±2,56 semaines. L'âge minimum était de 30 semaines et l'âge maximum de grossesse était de 41 semaines. En outre le poids des nouveau-nés variait de 1080g à 2490g tandis que le poids moyen était de 2066,57±365,55g. Le poids se situait majoritairement entre 1500-2449 g soit 95,75%; ce résultat est presque proche de celui trouvé par Diakite (2009) de 83, 09%.

5 CONCLUSION

Au total nous avons enregistré au cours de notre étude 242 nouveaux nés de faible poids à la naissance sur 1998 naissances vivantes soit 12,1%. Ceci constitue un problème de santé publique car cette fréquence est supérieure au seuil de l'OMS (<10%). Les parturientes qui n'avaient pas atteint les 4 CPN avaient 7,6 fois de risque d'avoir des faibles poids de naissance <1500g comparées à celles qui avaient réalisé 4 CPN et cette différence était statistiquement significative.

Nous aurions souhaité recourir aux informations telles que le gain pondéral pendant la grossesse, les mesures anthropométriques de tous les nouveau-nés, le niveau d'instruction de toutes les parturientes, les habitudes alimentaires et l'usage ou abus d'alcool, du tabac par certaines parturientes, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée, malheureusement le registre n'est pas exhaustif en rétrospectif.

Des études ultérieures de grande taille d'échantillon, de cohorte ou d'intervention seraient utiles pour confirmer nos résultats.

RECOMMANDATIONS

Il nous paraît utile à la fin de ce travail de proposer les recommandations suivantes aux autorités, aux leaders aux agents socio-sanitaires et aux populations cibles.

AUX AUTORITES

- Equiper les infrastructures sanitaires; cela est très important car le manque d'équipement contribue beaucoup à décourager le personnel qui par conséquent peut souvent négliger l'importance de certains paramètres tel que le poids; bon indicateur sanitaire.
- Intégrer en priorité la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans la politique en faveur des plus démunis.
- Assurer une formation continue (recyclage) des sages-femmes dans le cadre de la surveillance des gestantes.
- Faire une bonne répartition des agents de santé en particulier les sages-femmes entre les CS, CS Réf et les hôpitaux.
- Motiver le personnel.

AUX LEADERS

- Mettre en place et redynamiser les organes de gestion.
- Planifier, organiser, exécuter, coordonner et évaluer les activités de santé.
- Bien gérer les ressources humaines, matérielles, et financières.
- Veiller à l'application des textes légaux et réglementaires relatifs à la santé.

AUX AGENTS SOCIO SANITAIRES

- Respecter les normes et procédures;
- Assurer aux gestantes des consultations prénatales de qualité;
- Conseiller aux femmes enceintes un régime alimentaire riche et varié;

- Renforcer l'éducation en matière de santé des communautés afin que les gestantes perçoivent l'intérêt de consultations prénatales et de l'accouchement en milieu médical.

AUX POPULATIONS

- Que les femmes enceintes puissent fréquenter les consultations prénatales dès le début de la grossesse et accoucher en milieu hospitalier.
- Eviter: Les grossesses trop précoces; trop tardives; trop nombreuses; trop rapprochées.
- Suivre les instructions du personnel de santé.

REFERENCES

- [1] Akpovi J, Perrin R et Xalidou E Les facteurs de risque de faible poids de naissance à Cotonou [Ouvrage]. - Cotonou: [s.n.], 1998.
- [2] Aldous M B et Edmonson B Maternal age at first childbirth and risk of birth weight and preterm delivery in Washington State [Revue]//Journal of American Medical Association. - Washington: [s.n.], 1 December 1993. - 270: Vol. 21. - pp. 2574-2577.
- [3] Association Médicale Canadienne Le Syndrome d'alcoolisme foetal [Revue]//Journal de l'Association médicale Canadienne. - Ottawa: [s.n.], 15 Février 1993. - 148: Vol. 4. - p. 640 B.
- [4] Bakketeig L S Epidemiology of preterm labor [Ouvrage]. - London: [s.n.], 1981. - p. 329.
- [5] Cadieux E Prématurité et Insuffisance de poids à la naissance [Ouvrage]. - Lanaudière: [s.n.], 1998. - p. 20.
- [6] Colin C et Desrosiers H Naitre égaux et en santé, Avis sur la grossesse en milieu défavorisé [Ouvrage]. - Québec: MSSS, 1989. - p. 153.
- [7] Doucet H, Baumgarten M et Infante Rivard C Risk of low birth weight and prematurity among foreign-born mothers [Revue]//Canadian journal of public health. - May-June 1992. - 83: Vol. 3. - pp. 292-195.
- [8] EL Mhadi S [et al.] Caractéristiques épidémiologiques et chronologiques du faible poids des enfants à la naissance dans la région de Monastir (Tunisie) entre 1994-2007 [Revue]//Rev.Med.Bruxelle. - Monastir: [s.n.], 2013.
- [9] Letaief M S [et al.] Epidémiologie de l'insuffisance pondérale à la naissance dans le sahel tunisien [Revue]//Santé Pub.. - Tunis: [s.n.], 2001. - 4: Vol. 13. - pp. 359-366.
- [10] Lewi R. et BM Mercer Adjunctive care or preterm labor- the use of antibiotics [Enregistrement audio]. - 1995.
- [11] Ministère de la santé publique Module de formation en maternité à moindre risque et soins gynéco_Obstétriques néonataux en urgence [Ouvrage]. - Kinshasa: [s.n.], 2007. - p. 90.
- [12] Ministère de la santé publique Plan national de développement sanitaire [Ouvrage]. - Kinshasa: [s.n.], 2011-2015. - Secrétariat.
- [13] Mugisho E [et al.] Referral and delivery outcomes at Kivu, Democratic Republic of Congo [Revue]//Rev.Epidémiologie Santé Pub.. - Bukavu: [s.n.], 2003. - 51. - pp. 237-244.
- [14] Mutale T [et al.] Life event and low-birth weight-analysis by infants preterm and small-for-gestational-age [Revue]//British Journal of Obstetrics and Gynecology. - February 1991. - 98: Vol. 2. - pp. 166-172.
- [15] Organisation mondiale de la santé Statistiques mondiales sanitaires [Ouvrage]. - Genève: [s.n.], 2013. - OMS 2013 http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
- [16] Accès 27/07/2014 à 14h40.
- [17] Organisation mondiale de la santé Statistiques sanitaires mondiales [Ouvrage]. - Genève: [s.n.], 2013. - OMS 2013 http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
- [18] Accès le 27/07 /2014 à 15h00.
- [19] Rambaud P Prématuré et hypotrophie à la naissance.Epidémiologie, causes et prévention [Rev] 2000. - <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/santé/néonate/PREHYPNNE/Prehypnntext.html>.
- [20] WHO/Unicef Lowbirth weight Country, regional and global estimate [Revue]. - 2004. - Available from: http://unicef.org/publications/index_24840.html.Accès 12/09/2014 à 13h09.
- [21] Wilkins R Faible revenu et santé chez l'enfant: Présentation du sous comité sur la pauvreté du comité permanent de la santé et du bien être social, des affaires sociales du troisième âge et de la condition féminine, Ottawa, Chambre des communes [Ouvrage]. - Ottawa: [s.n.], 1990.
- [22] Zuckerman B [et al.] Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth [Revue]//New England Journal of Medicine. - 23 March 1989. - 320: Vol. 12. - pp. 762-768.
- [23] Zupan V Prématurité et hypotrophie à la naissance; Epidémiologie, causes et prévention [Ouvrage]. - Yaoundé: [s.n.], 1997.