

ANALYSE DE LA MORTINATALITE COMME PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE AU MALI

Mamadou BERTHE^{1,5}, Mamoutou DIABATE^{1,5}, Ouassa BERTHE^{1,5}, Dougoufana BAGAYOGO², Oumar GUINDO⁶, Saran DIAKITE¹, Mariam SYLLA³, Marguerite DEMBELE¹, Fatou DIAWARA⁴, Oumar SANGHO⁴, Oumou KONE O⁷, Mahamadou HACHIMI⁸, Seydou DOUMBIA⁴.

1: Direction Nationale de la Santé;

2: Bureau UNICEF Bamako;

3: Département de Pédiatrie du CHU Gabriel TOURE;

4: Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique;

5: Institut National de Formation en Sciences de la Santé;

6: Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux;

7: Institut National de Recherche en Santé Publique;

8: Centre de Recherche et de Documentation sur la Survie de l'Enfant.

Primary author: Mamadou BERTHE: <mamadouberthe69@gmail.com>, 66861979

Résumé

La mortalité estimée à 2,6 millions en 2015 dans les pays en voie de développement est un problème de santé publique. Elle se définit comme l'ensemble des mort-nés sur l'ensemble des naissances rapportées sur une période donnée. Un mort-né est défini par l'OMS comme un fœtus né sans vie dont le poids est ≥ 1000 g et d'âge gestationnel est ≥ 28 semaines d'aménorrhée.

Ainsi nous avons proposé cette analyse des données de routine des mort-nés enregistrés dans les formations sanitaires du Mali sur une période de neuf ans.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive rétrospective. Nous avons utilisé les données de routine allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016 dans les Centres de Santé Communautaire (premier niveau du système de santé) et des Centres de Santé de référence (la première référence).

Au total 94 495 mort-nés ont été notifiés par les établissements de Santé du premier niveau avec une moyenne 10497, une médiane de 9934, les extrêmes vont de 8449 en 2009 à 13 448 en 2008.

De 2008 à 2016 nous avons enregistré 4 102 691 accouchements et 94 475 mort-nés soit un taux de mortalité de 2,30 %. La région de Sikasso a le plus fort taux (2,88%), suivie de Gao et Tombouctou respectivement 2,87 et 2,70.

Ces données provenant du système d'information sanitaire de routine peuvent être complétées par une étude analytique pour mieux expliquer ces taux de mortalité élevés dans le pays afin de prendre des mesures adéquates.

Mots clés : mort-nés, mortalité, aménorrhée

Abstract

Analysis of stillbirth as a major public health problem in Mali

Stillbirth estimated at 2.6 million in 2015 in developing countries is a public health problem. It is defined as all stillbirths on all births reported over a given period. A stillborn is defined by the WHO as a lifeless fetus whose weight is ≥ 1000 g and gestational age ≥ 28 weeks of amenorrhea.

Thus we have proposed this analysis of the routine data of stillbirths recorded in health facilities in Mali over a period of nine years.

This is a retrospective descriptive cross-sectional study. We used routine data from January 1, 2008 to December 31, 2016 in the Community Health Centers (first level of the health system) and the Reference Health Centers (the first reference).

A total of 94,495 deaths were reported by first-level health facilities with an average 10497, a median of 9934, the extremes range from 8449 in 2009 to 13,448 in 2008.

From 2008 to 2016 we recorded 4,102,691 deliveries and 94,475 stillbirths, a stillbirth rate of 2.30%. The Sikasso region has the highest rate (2.88%), followed by Gao and Timbuktu respectively 2, 87 and 2, 70. These data from the routine health information system can be complemented by an analytical study to better explain these high stillbirth rates in the country in order to take appropriate measures.

Keywords : stillbirths, stillbirth, amenorrhea

1. Introduction

La mortalité estimée à 2,6 millions en 2015 dans les pays en voie de développement est un problème de santé publique. Elle se définit comme l'ensemble des mort-nés sur l'ensemble des naissances rapportées sur une période donnée. Un mort-né est défini par l'OMS comme un fœtus né sans vie dont le poids est ≥ 1000 g et d'âge gestationnel est ≥ 28 semaines d'aménorrhée (OMS, 2015).

Cinq groupes de facteurs de risques de mortalité ont été identifiés dont les plus fréquemment rapportés dans les pays en voie de développement sont (CHALUMEAU et al, 2002):

- les facteurs socio-économiques (âges extrêmes, faibles revenus, grossesse non désirée) et anthropométriques (petite taille, boiterie) ;
- les antécédents obstétricaux (multiparité, grande multiparité, antécédents de mort naissante) ;
- les antécédents de césarienne ;
- l'intervalle inter génésique court ;
- les facteurs de risque détectables pendant la consultation prénatale (CPN) : anémie, syphilis, hypertension, hémorragie génitale, absence de vaccination antitétanique, paludisme et les facteurs de risques dépistables pendant la période anténatale immédiate et le travail (prématurité, présentation non céphalique, utilisation d'ocytociques, hypertension).

Trois ensembles de facteurs expliquent la survenue des mort-nés : la condition physique de la mère avant et pendant la grossesse (notamment son alimentation), le contexte épidémiologique et la qualité des services obstétricaux (Woods R, 2006). En France le taux de mortinatalité était estimé en 2009 à 11, 90 ‰ et celui de 1, 7 ‰ pour la mortalité néonatale précoce (Bull. Acad, 2010). Une étude réalisée en 2009 dans 6 pays collaborateurs de l'OMS (Afrique du Sud, Argentine, Egypte, Inde, Pérou et le Vietnam) donne un taux de mortinatalité de 12,5 ‰ (Nhu Thi Nguyen Ngoc *et al*, 2009).

Au Mali les données collectées par le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) montrent des taux élevés de mortinatalité, c'est pourquoi nous avons mené cette analyse sur une période allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016 afin de démontrer la pertinence de la question comme problème de santé publique.

L'objectif général de l'étude est de contribuer à la réduction de la mortalité néonatale au Mali.

Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer le taux de mortinatalité à travers les données de routine;
- Identifier les régions les plus touchées par le problème;
- Proposer des stratégies correctrices

2. Matériel et méthodes

L'étude a concerné les données de l'ensemble des districts sanitaires du Mali du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016. Elle était transversale, rétrospective et descriptive.

- Critère d'inclusion : toutes les femmes résidant dans les 65 districts sanitaires admises pour accouchements dans les établissements de santé.
- Critères de non inclusion : toutes les femmes résidant dans les 65 districts sanitaires ayant accouché, mais non enregistrées dans les établissements de santé.

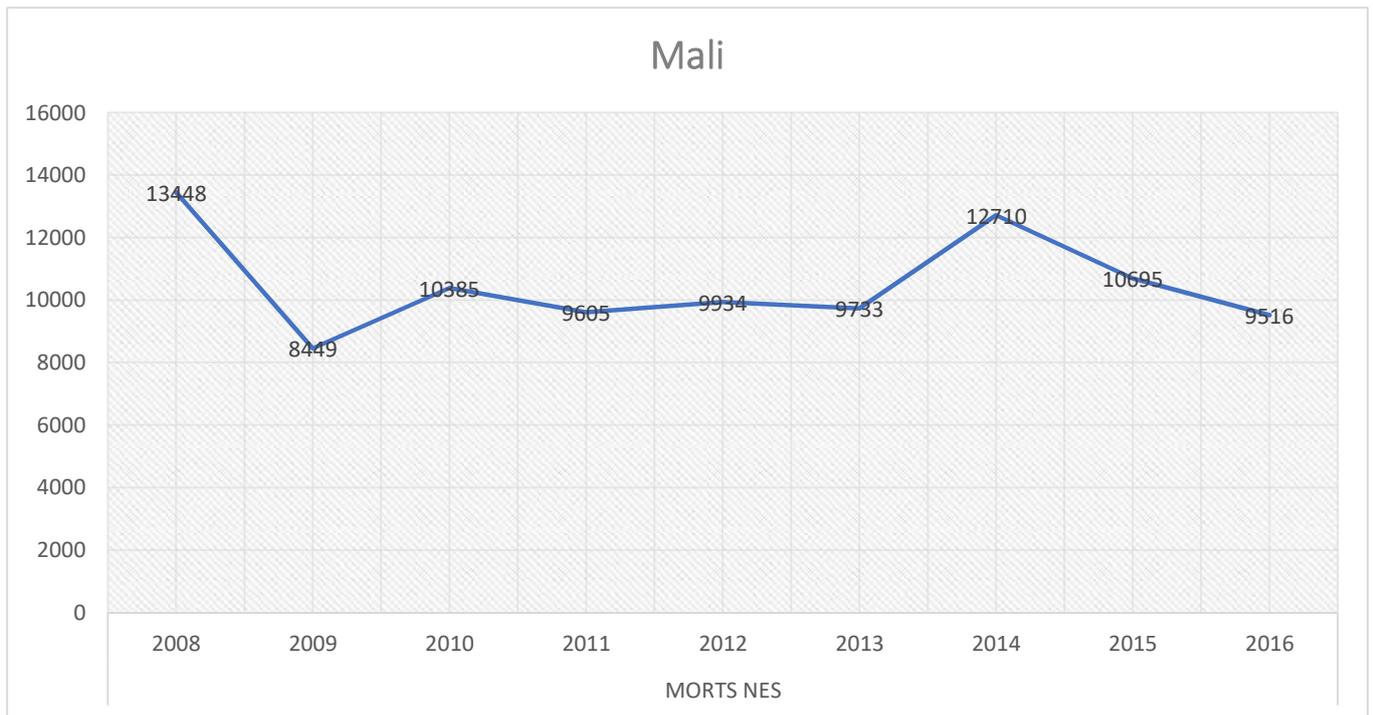
Estimation de la taille de l'échantillon :

L'échantillonnage était exhaustif et a concerné toutes les données collectées des annuaires statistiques de 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016. L'analyse a été faite sur Excel.

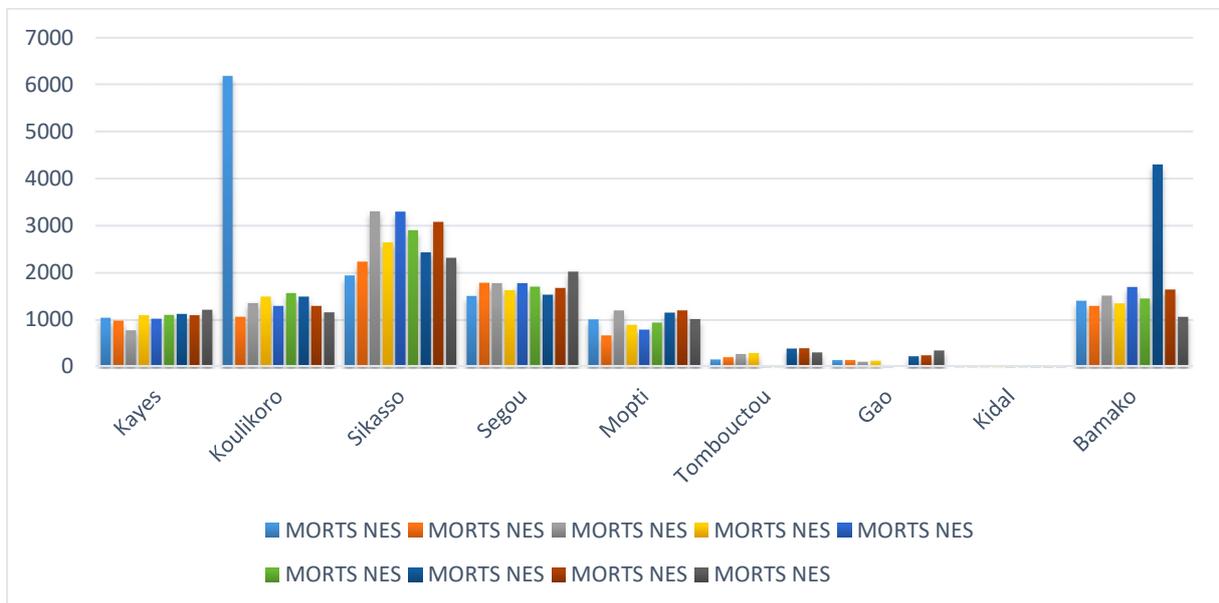
3. Résultats

Tableau I : répartition du nombre et taux de mort-nés par région sur une période allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016 dans 8 régions du Mali.

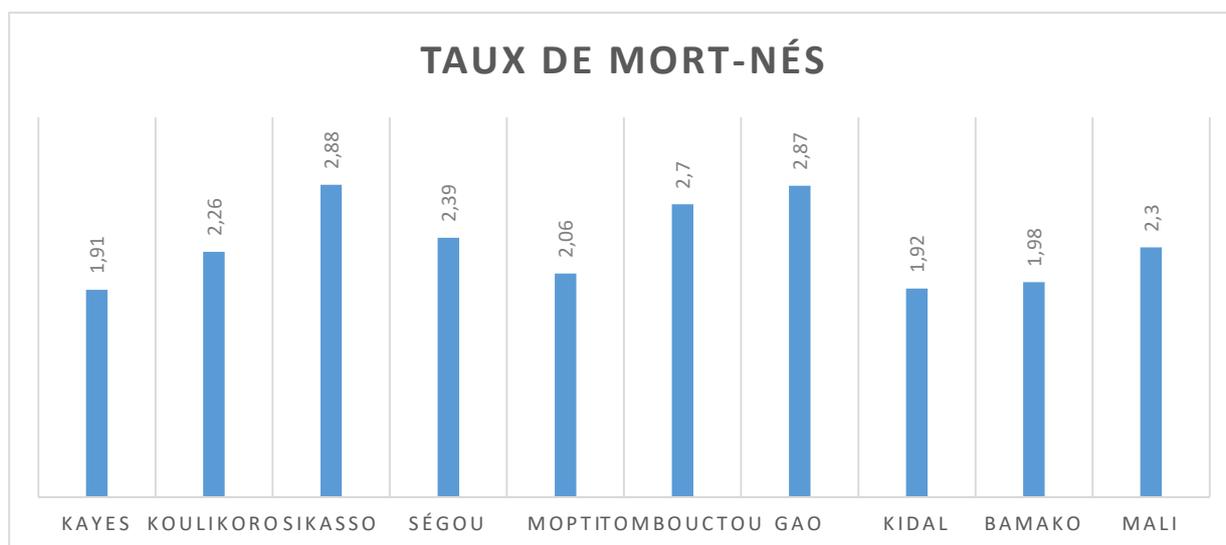
<i>Régions</i>	<i>Nombre de Mort-nés</i>	<i>Nombre d'accouchements</i>	<i>Taux de mort-nés</i>
<i>Kayes</i>	9 531	499 617	1, 91
<i>Koulikoro</i>	16 965	751 892	2, 26
<i>Sikasso</i>	24 210	840 856	2, 88
<i>Ségou</i>	15 476	648 786	2, 39
<i>Mopti</i>	8 926	432 395	2, 06
<i>Tombouctou</i>	2 083	77 135	2, 70
<i>Gao</i>	1 414	49 195	2, 87
<i>Kidal</i>	96	4 999	1, 92
<i>Bamako</i>	15 774	797 816	1, 98
<i>Mali</i>	94 475	4 102 691	2, 30



Graphique 1 : évolution du nombre de mort-nés par an au niveau des régions et le district de Bamako, du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016.



Graphique2 : évolution du nombre de mort-nés par an et par région du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016.



Graphique3 : répartition du taux de mort-nés par région du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2016 au Mali

4. Discussion

Ce travail est une compilation des données du Système Local d'Information sanitaire sur une période de neuf ans. Ainsi nous avons trouvé un taux de mortinatalité de 2,3 % (ou encore 23 ‰) sur la période. Notre étude ne nous a pas permis de déterminer la part des mort-nés frais sur l'ensemble des mortinaissances. Cette situation s'explique par le fait que les annuaires statistiques jusqu'en 2016 avant l'avènement du DHIS2 (District Health Information Software Two) ne collectaient pas cette information de façon séparée.

Ce travail est purement descriptif et pourra ouvrir la voie à une recherche analytique permettant de déterminer les facteurs et les causes de cette mortinatalité élevée.

KEITA M S dans l'étude de la mortalité périnatale dans la ville de Ségou qui a trouvé 42,6 % de mortinatalité sur l'ensemble des causes de mortalité périnatale (KEITA M S, 2006).

L'étude réalisée dans 6 pays africains (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal) en 2002 a trouvé un taux de mortinatalité de 26‰ qui est proche de notre résultat (CHALUMEAU, 2002).

Notre taux de mortinatalité est supérieur à celui trouvé dans six pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie qui sont : Afrique du Sud, Argentine, Égypte, Inde, Pérou et Vietnam qui était de 12,5 ‰ (Nhu Thi Nguyen Ngoc et al, 2017).

Les nombres de mort-nés les plus élevés ont été enregistrés en 2008 et 2014 (13 448 et 12 710). En effet en 2008 la seule région de Koulikoro a enregistré plus de 6000 mort-nés.

Est-ce une erreur de chiffres ou réalité ?

D'une façon générale en comparant les données des huit régions on trouve que Sikasso enregistre plus de mort-nés que les autres régions et pour toutes les années (graphique 2) : un total de 24 210 mort-nés sur une période de neuf ans (Voir Tableau I). Cette situation mérite d'être élucidée d'autant plus que c'est la région la plus peuplée du pays.

5. Conclusion

Cette étude à visée descriptive avait essentiellement pour but de montrer la fréquence des mort-nés dans nos régions à travers les Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) de routine. Ainsi nous avons trouvé un taux de mortinatalité de 23%. La région de Sikasso enregistre les nombres les plus élevés. Ce résultat doit attirer l'attention de nos décideurs afin de trouver les stratégies pour rechercher les facteurs et les causes qui y sont liées.

Références

1. OMS/ Save the children. La mortalité néonatale baisse trop lentement, surtout en Afrique. Communiqué de presse. PLOS Médecine. 30/08/2011;1-2 ; consulté en ligne le 2/01/2015 sur www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths.../fr/.
2. Chalumeau M, Salanave B, Bouvier-Colle MH, Bernis I de, Prual A et Bréart G. Risk factors for perinatal mortality in West Africa: a population-based study of 20 326 pregnancies. *Acta Paediatr* 89: 1115-21. 2000.
3. Woods R. La mortinatalité : éclairage historique sur des problèmes persistants d'estimation et d'interprétation. *Population* 2008/4 (Vol. 63) Pages : 180 ISBN : 9782733230909 DOI : 10.3917/popu.804.0683.
4. Bull. Acad. Natle Méd. Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France ; 2010 ; 194, no 8 ; 1581-1599.
5. Nhu Thi Nguyen Ngoc, Mario Merialdi, Hany Abdel-Aleem, Guillermo Carroli, Manorama Purwar, Nelly Zavaleta, Liana Campodonico, Mohamed Ali, Justus Hofmeyr, Matthews Mathai, Ornella Lincetto, & José Villar. Causes de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce : données portant sur 7993 grossesses dans six pays en développement. Consulté sur <https://www.researchgate.net/>.
6. KEITA M S. Étude de la mortalité périnatale dans la ville de Ségou. Thèse Med ; Bamako ; 2006; 57.