

MORTALITE PERINATALE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE KINDU JANVIER 2022 AU JANVIER 2023

Bemwizi Mpiene Za Tabezi Maxime*

**Assistant du deuxième mandat à l'Institut Supérieur des Sciences Médicales de Kindu., Doctorant A L'upn*

***Corresponding Author : -**

Resume : -

En menant cette étude sur la mortalité périnatale à l'Hôpital Général de Référence de Kindu, la préoccupation majeure était de répondre à la question suivante : quelles sont les causes de la mortalité périnatale à l'Hôpital Général de Référence de Kindu ? Et entre ces causes y a-t-il une influence entre elles ? Pour y parvenir nous avons recouru à la méthode d'enquête. Celle-ci a été appuyée par les techniques d'entretien structuré et documentaires pour la récolte de données et la technique de Khi2 comme technique de traitement de données. A l'issue de nos analyses, nous sommes arrivés aux résultats selon lesquels sur 1973 naissances survenues à la maternité de l'Hôpital Général de Référence de Kindu, nous avons enregistré 54 cas de décès périnataux dont 49 mort-nés et 5 décès néonataux précoces soit un taux de 27,37% de mortalité périnatale et les causes sont les fœtales ou néonatales et maternelles ou obstétricales respectivement de l'ordre de 25 et 29 durant la période sous examen, ainsi donc entre ces deux variables il s'observe que Khi2 calculé étant inférieur au Khi2 tabulaire cela prouve l'inexistence d'une liaison statistique ou significative entre les deux variables.

Motsclés : Mortalité Périnatale - Causes.

Abstract: -

In conducting this study on perinatal mortality at the General Reference Hospital of Kindu, the major concern was to answer the following question: what are the causes of perinatal mortality at the General Reference Hospital of Kindu? And between these causes is there any influence between them? To achieve this, we used the survey method. This was supported by structured and documentary interview techniques for data collection and the Khi2 technique as a data processing technique. At the end of our analyses, we arrived at the results according to which out of 1973 births that occurred at the maternity ward of the General Reference Hospital of Kindu, we recorded 54 cases of perinatal death including 49 stillbirths and 5 early neonatal deaths. i.e. a rate of 27.37% of perinatal mortality and the causes are fetal or neonatal and maternal or obstetric respectively of the order of 25 and 29 during the period under examination, thus between these two variables it is observed that Khi2 calculated being less than the tabular Khi2, this proves the non-existence of a statistical or significant link between the two variables.

Keywords: Perinatal mortality – causes

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au cours de l'année 2022 il s'est observé de cas de mortalité périnatale à grande échelle à l'hôpital général de Kindu ayant entraîné de psychoses dans les familles touchées par ce fléau, or en matière de santé publique précisément en santé de la reproduction, la probabilité qu'un fœtus jugé viable soit mort-né ou meure avant la fin de la première semaine de sa vie, reflète en partie la qualité des soins obstétricaux néonataux d'urgence, et une part cette mortalité est attribuable à des fœtus non viables, en raison de mutations délétères ou problèmes graves survenus durant la grossesse.

Certains auteurs ont estimé que la mortalité périnatale pouvait au moins en partie refléter le degré d'endogamie du groupe humain considéré.

Par ailleurs, la mortalité périnatale désigne la somme des enfants nés sans vie et des décès d'enfants de moins de 7 jours.

Au vu de ce constat dramatique notre article doit mettre en évidence les causes, puis mettre en place les résultats y relatifs pouvant permettre aux familles, aux personnels médicaux de s'y mettre afin de lutter contre cette dernière.

D'après Franck Fort, C. et NACHIMAS, la problématique est définie comme étant une approche théorique qu'on décide d'adopter pour traiter les questions de partager les phénomènes étudiés.

Le chercheur soucieux doit explorer au maximum son atout, doit être capable d'interroger son sujet, pour en faire sortir un ou plusieurs problèmes auquel portera son travail. Ainsi donc, pour notre cas d'étude s'articule autour d'une question fondamentale à savoir :

Quelles sont les causes de la mortalité périnatale à l'hôpital général de référence de Kindu ? Et existe-t-il une influence entre elles ?

L'objectif principal de cet article est d'identifier les causes de mortalité périnatale au cours de la période sous examen.

Pour GRAWTZ, l'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée et qui tend à formuler une relation entre les faits.

Dans cette étude nous portons l'hypothèse suivante :

Les causes de mortalité périnatale à l'hôpital général de référence sont :

- Causes fœtales ou néonatales (anomalie congénitale ; iso-immunisation ; anoxie in utero ; traumatisme obstétrical ; hémorragie intracrâniennes infection ; prématurité et détresse respiratoire) et
- Causes maternelles ou obstétricales (hypertension; infections maternelles ; hémorragie ante-partum, per-partum ; diabète; dystocies; paludisme et causes maternelles d'accouchement prématuré).

II. BREF APERÇU DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature consiste à examiner les résultats antérieurs existants dans le domaine et qui permet aux chercheurs de situer sa recherche par rapport à ces travaux. Celle-ci l'aidera à recueillir des informations générales utiles pour sa recherche.

La probité, l'honnêteté scientifique exige à ce qu'il puisse inventorier les travaux des prédécesseurs qui ont mené leurs recherches dans le même domaine, afin d'éviter de faire un travail de routine.

C'est ainsi que, nous avons exploité quelques travaux parmi ceux réalisés antérieurement sur « la mortalité périnatale », en vue de nous en démarquer et de nous orienter vers un point de vue original.

Nous avons eu à exploiter les travaux suivants :

Marie AKONKWA MIRUHO (2012), s'est intéressée à la mortalité périnatale à l'Hôpital Général de Référence de Panzi, circonstance de survenue de la mortalité périnatale du 1/01 au 30/06/2012. La question suivante était au centre ses recherches : quelles sont les circonstances de survenue de mortalité périnatale à l'hôpital général de référence /Panzi dans la ville de Bukavu ?

Par biais de cette question, elle s'est fixée comme objectif de déterminer les circonstances de survenue de Mortalité Périnatale à l'HGR/Panzi dans la ville de Bukavu. Après analyse, elle a abouti aux résultats : l'accouchement par voie base est un facteur favorisant la mortalité périnatale, la mortalité périnatale est étroitement liée au faible poids de naissance, les nouveau-nés de sexe masculin sont plus vulnérables, la MP est plus constatée J1-J3 après accouchement et elle a chuté en disant que la principale indication de césarienne en cas de MP c'est la dystocie foetopelviene et souffrance fœtale.

De son côté Vanessa TAKOU TSAPMNE (2012), qui a parlé de facteurs de risque de la mortalité néonatale à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. Une seule question a préoccupé l'auteur à savoir : quels sont les facteurs de risque de la mortalité néonatale chez les nouveau-nés hospitalisés à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ? Il s'est fixé l'objectif d'identifier et analyser les facteurs de risque associés à la mortalité néonatale à l'HGOPY. A l'issue de ses analyses, il a abouti au résultat selon lequel la mortalité néonatale était influencée par les facteurs maternels (la rupture prolongée des membranes de plus de 12 heures, la césarienne) ; et néonataux (le faible poids de naissance, le score d'APGAR inférieur à 7 à la 5^{ème} minute, les malformations congénitales et la provenance de l'HGOPY).

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET SOURCES DE DONNEES

III.1. Population d'étude

Notre étude a porté sur les fœtus et les nouveau-nés issus de grossesse d'au moins 28 SA et mort-nés durant la période de l'étude.

III.2. Echantillonnage :

Nos critères d’échantillons ont inclus les fœtus morts d’au moins 180 jours d’âge gestationnel (28 SA) et les nouveau-nés de moins de 7 jours décédés pendant la période d’étude.

C’est le rapport des enfants mort-nés sur le nombre total de naissance.

On l’exprime pour 1000 naissances totales.

$$TMP = \frac{\text{Nbre de mort-nés + décès (J0-J7)}}{\text{Nbre de naissances totales}} \times 1000$$

Pour réaliser cette étude nous avons utilisé la méthode d’enquête comme démarche, cette démarche nous a servi de recueillir les données à partir des dossiers obstétricaux et du registre d’accouchement. Ces documents ont permis de relever les renseignements nécessaires sur les femmes ayant accouché au cours de l’année 2022 et leurs nouveau-nés jusqu’à leur sortie de la maternité. Celle-ci a été appuyée par les techniques d’entretien structuré et documentaires pour la récolte de données et la technique de Khi2 comme technique de traitement de données.

Pour vérifier notre hypothèse, nous nous sommes proposé d’étudier les variables suivantes :

- o Les renseignements sociodémographiques de la mère (âge, situation matrimoniale, profession, niveau d’instruction) et du père ; - les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (gestité, parité, nombre d’enfants vivants, nombre de mort-né, nombre d’avortement), intervalle inter génésique ; - les pathologies survenues au cours de la grossesse ; - le type de grossesse ; - le nombre de consultations prénatales ;
- o Les renseignements sur le nouveau-né (poids, sexe, les anomalies congénitales.).

IV. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES

D’un point de vue plus récent écrit L. Lebart, l’analyse aux composantes principales est une technique de représentation des données, ayant un caractère optimal selon certains critères algébriques et géométriques spécifiés et que l’on utilise en général sans référence à des hypothèses de nature statistique ou à un modèle particulier’’ [Lebart, L., Morineau, A., Tabard, N., (1977). Techniques de la description statistique. Méthodes et logiciels pour l’analyse de grands tableaux, Dunod].

Après contrôle de qualité et nettoyage des données recueillies à l’HGR de Kindu, nous avons procédé à l’analyse de ces données.

Quant au plan d’analyse des données ; nous avons choisi ;

- L’analyse descriptive
Le taux, ainsi que les courbes de mortalités périnatales étaient faits pour assurer une meilleure description et étudier les tendances.
- Analyse bi variée
Le test le khi² était appliqué pour déterminer la corrélation entre la mortalité périnatale et leurs causes au seuil de signification de 5%.

Critères de non-inclusion :

N’ont pas été inclus :

- Les fœtus morts dont l’âge gestationnel est inférieur à 180 jours ;
- Les décès de période néonatale tardive (Après 7 jours de vie extra-utérine) ;
- Les fœtus et les nouveau-nés morts dont l’accouchement a été fait hors service

De 1856 femmes enquêtées, il y avait 1973 naissances mais nous avons enregistré 54 cas de décès périnataux dont 49 mort-nés et 5 décès néonataux précoces.

IV.1 Profil de Femmes

IV.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 : Répartition des femmes en fonction de leurs âges.

Tranche d’âge	Décès périnataux		Naissances vivantes		Naissances totales	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
≤ 19 ans	14,00	26	589,00	30,69	603,00	30,56
20-34 ans	29,00	53,70	1 049,00	54,66	1 078,00	54,64
35 ans et plus	11,00	20,37	281,00	14,64	292,00	14,80
Total	54,00	100,00	1 919,00	100,00	1 973,00	100,00

La tranche d’âge la plus représentée est de 20-34 ans avec 53,70%, suivie de la tranche ≤ 19 ans avec 26% et 35 ans et plus soit 20,37%.

Tableau 2 : Répartition des femmes selon leur profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	48	88,89
Commerçante	03	5,56
Elève / Etudiante	02	3,70
Fonctionnaire	01	1,85
Coiffeuse	0	0,00
Total	54	100,00

88,89% des femmes sont de ménagères occupant la première place ; par contre, les fonctionnaires représentent un taux de 1,85% et les autres professions se situent entre les deux bornes précitées.

Tableau 3 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

Statut	Effectif	Pourcentage
Mariée	48	88,89
Célibataire	06	11,11
Total	54	100,00

88,89 de femmes étaient mariées soit 48 contre 6 célibataires soit 11,11%.

Tableau 4 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruites	39	72,22
Primaire	07	12,96
Secondaire	04	9,26
Supérieur et universitaire	03	5,56
Total	54	100,00

72,22% de femmes étaient non instruites, suivi du niveau primaire avec 12,96% et le secondaire et le supérieur et universitaire sont respectivement de 9,26% et 5,56%.

IV.2. Antécédents

A- Médicaux

Tableau 5 : Répartition des femmes selon les antécédents Médicaux.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
H.T. A	8	14,81
U.G. D	5	9,26
Diabète	3	5,56
Aucun	38	70,37
Total	54	100,00

Ce tableau nous laisse voir les proportions selon les antécédents médicaux, 70,37% de femmes n'avaient d'antécédents médicaux mais il s'observe que 14,84 liés à la HTA, 9,26 pour U.G.D. et 5,56% pour le diabète.

b. Obstétricaux

Tableau 6 : Répartition des femmes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	31	57,41
Multigeste	13	24,07
Grande multigeste	10	18,52
Total	54	100,00

57,41% de femmes sont primigeste, contre 24,07% soit 13 multigestes et 18,52% pour la grande multigeste.

Tableau 7 : Répartition des femmes selon les antécédents d'avortement (provoqué, spontané, thérapeutique)

A.T. C. D D'avortement	Effectifs	Pourcentage
1	12	22,22
2	7	12,96
Aucun	35	64,81
Total	54	100,00

64,81% de femmes étaient sans antécédents d'avortement, 22,22% un seul antécédent et 12,96% deux antécédents.

Tableau 8 : Répartition des femmes selon les antécédents de mort-né

A.T. C. D de mort-né	Effectifs	Pourcentage
1	8	14,81
2	5	9,26
Aucun	41	75,93
Total	54	100,00

14,81% de femmes ont connu un antécédent de mort-né, contre 75,93 qui n'ont pas connu un antécédent d'A.T.C. D de mort-né.

Tableau 9 : Répartition des femmes selon les antécédents de décès néonatal

A.T. C. D de décès néonatal	Effectifs	Pourcentage
1	9	16,67
2	7	12,96
Aucun	38	70,37
Total	54	100,00

70,37% de femmes étaient sans antécédent d'ATCD de décès néonatal.

Tableau 10 : Répartition des femmes selon l'intervalle intergénésiq

I.I.G.	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 24 mois	40	74,07
Supérieur ou égal à 24 mois	5	9,26
Aucun	9	16,67
Total	54	100,00

74,07% des femmes avaient un intervalle intergénésiq inférieur à 24 mois et 9,26% ayant un intervalle supérieur ou égal à 24 mois.

IV.3. Grossesse actuelle

a. Surveillance prénatale

Tableau 11 : Répartition des femmes selon Le nombre de CPN

Le Nombre de C.P. N	Effectifs	Pourcentage
1-3 fois	38	70,37
Supérieur ou égal 4	5	9,26
Aucun	11	20,37
Total	54	100,00

9,26% des femmes avaient effectué 4 consultations prénatales ; cependant 20,37% n'avaient pas fait aucune consultation prénatale.

Tableau 12 : Répartition de la mortalité périnatale en fonction des pathologies maternelles au cours de la grossesse

Pathologies de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Infections urinaires	18	33,33
Paludismes	4	7,41
HTA	21	38,89
Eclampsie	2	3,70
Anémie	6	11,11
Aucun	3	5,56
Total	54	100,00

38,89% de femmes avaient une HTA associée à la grossesse, suivie des infections urinaires soit 33,33% et l'anémie a occupé la troisième place avec une proportion de 11,11%.

Tableau 13 : Répartition de Mortalité Périnatale selon l'APGAR

APGAR	Effectifs	Pourcentage
=3	37	68,52
4-7	10	18,52
>7	7	12,96
Total	54	100,00

La lecture du tableau ci-dessus montre que le nouveau-né avec un APGAR =3 sont plus exposés au risque de mortalité périnatale avec une fréquence de 68,52% ; cependant ceux qui sont nés avec un APGAR =7 sont moins exposés à ce risque avec une proportion de 12,96%.

Tableau 14 : Répartition des femmes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Venues d'elle-même	37	68,52
Référée ou évacuée	17	31,48
Total	54	100,00

68,52% des femmes sont venues d'elle-même et 31% ont été référées.

Tableau 15 : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement

La voie d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Basse	34	62,96
Haute (césarienne)	17	31,48
Laparotomie	3	5,56
Total	54	100,00

62,96% de femmes ont accouchés par la voie basse, 31,48% par césarienne et le reste 5,56% par laparotomie.

Tableau 16 : Répartition des fœtus et nouveau-nés en fonction des causes de la mortalité périnatale

Causes	Effectifs	Pourcentage
Procidence du cordon	3	5,56
Placenta prævia	2	3,70
Malformation congénitales	5	9,26
Prématurité	6	11,11
Rupture utérine	4	7,41
HTA+HRP+ Eclampsie	26	48,15
Infections urinaires	8	14,81
Total	54	100,00

48,15% de mortalité périnatale ont comme causes les HTA+HRP+ Eclampsie, suivie des infections urinaires à l'ordre de 14,81% placenta prævia n'a enregistré que 3,70% de causes de mortalité périnatale.

IV.3. Application de Khi2 pour avoir le degré d'influence entre les deux causes de MP

Tableau 17 : Des effectifs observés

Période semestrielle							
Causes MP	1	2	3	4	5	6	Total
Causes fœtales ou néonatales	4	4	6	2	5	4	25
Causes maternelles ou obstétricales	3	7	5	6	2	6	29
Total	7	11	11	8	7	10	54

Ce tableau met en évidence le nombre de décès périnataux provoqués par les causes fœtales ou néonatales et les causes maternelles ou obstétricales respectivement de l'ordre de 25 et 29.

Tableau 18 : Des effectifs théoriques

Période semestrielle							
Causes MP	1	2	3	4	5	6	Total
Causes fœtales ou néonatales	3,24	5,09	5,09	3,7	3,24	4,63	25
Causes maternelles ou obstétricales	3,76	5,91	5,91	4,4	3,76	5,37	29
Total	7	11	11	8	7	10	54

Le tableau ci-dessus met en lumière des effectifs théoriques pouvant déboucher au calcul le Khi2.

Tableau 19 : de Khi2 calculé

Période semestrielle							
Causes MP	1	2	3	4	5	6	Total
Causes fœtales ou néonatales	0,178	0,233	0,163	0,78	0,96	0,086	2,397
Causes maternelles ou obstétricales	0,154	0,201	0,14	0,67	0,82	0,074	2,065
Total	0,332	0,434	0,303	1,45	1,78	0,16	4,462

Au vu de calcul effectué le Khi2 calculé est de 4,462.

➤ **Khi2 Théorique ou Tabulaire**

Il convient de comparer l'indicateur calculé ci-dessus avec l'indicateur théorique. Par ailleurs, avec le seuil d'erreur de 0,05 et le degré de liberté (DDL) de 5 donc la valeur de Khi2 tabulaire est 11,07. Il ne s'observe que Khi2 calculé étant inférieur au Khi2 tabulaire. Cela prouve l'inexistence d'une liaison statistique ou significative entre les deux variables.

En d'autres mots, on ne doit croire que les deux variables influencent l'autre donc ces deux variables sont indépendantes.

V.INTERPRETATION DES RESULTATS

Sur 1973 naissances survenues à la maternité de l'hôpital général de référence de Kindu, nous avons enregistré 54 cas de décès périnataux dont 49 mort-nés et 5 décès néonataux précoces soit un taux de 27,37% de mortalité périnatale.

Bien plus, il s'est observé que la tranche d'âge la plus représentée est de 20-34 ans avec un taux de 53,70% ; selon la profession 88,89% des femmes sont de ménagères ; pour le statut matrimonial plus 88,89 de femmes étaient mariées ; concernant le niveau d'instruction, il est remarqué que plus la femme a un niveau d'instruction plus élevé plus la mortalité périnatale diminue au regard de nos calculs les femmes universitaires ont enregistré que 5,56% de mortalité périnatale contre 72,22% des femmes non instruites ; pour les antécédents médicaux , 70,37% de femmes n'avaient d'antécédents médicaux d'office la mortalité périnatale s'écarte d'elles mais il s'observe que 14,84% de mortalité périnatale liés à la HTA, 9,26 liés aux Ulcères gastroduodénales (U.G.D.) et 5,56% pour le diabète ; pour la gestité 57,41% de femmes sont primigestes , contre 24,07% soit 13 multigestes et 18,52% pour la grande multigeste à lumière de ces taux, il s'observe que le taux de mortalité périnatale est élevé chez les primipares est dû à l'absence de suivi de leurs grossesses et la mortalité des enfants multipares est liée à l'âge des leurs mères ; pour l'intervalle intergénésiq 74,07% des femmes avaient un intervalle intergénésiq inférieur à 24 mois et 9,26% ayant un intervalle supérieur ou égal à 24 mois, nous constatons que plus l'intervalle entre grossesses est court plus le taux de mortalité périnatale augmente par contre plus l'intervalle est plus long moins le taux de mortalité est faible ; concernant les pathologies maternelles, il s'observe que 38,89% de femmes avaient une HTA associée à la grossesse, suivie des infections urinaires soit 33,33% et l'anémie a occupé la troisième place avec une proportion de 11,11%, nous notons que plus les femmes ont des HTA plus le taux de mortalité périnatale augmente ;

Concernant l'APGAR, notons que le nouveau-né avec un APGAR =3 sont plus exposés au risque de mortalité périnatale avec une fréquence de 68,52% ; par contre ceux qui sont nés avec un APGAR =7 sont moins exposés à ce risque avec une proportion de 12,96% ;

Les causes de la mortalité périnatale en fonction des fœtus et nouveau-nés, nous constatons que 48,15% de mortalité périnatale ont comme causes les HTA+HRP+ Eclampsie, suivie des infections urinaires à l'ordre de 14,81%, 5,56% pour la procidence du cordon, 9,26% pour les malformations congénitales, 11,11% pour la prématurité, 7,41 pour la rupture utérine et placenta prævia n'a enregistré que 3,70% de causes de mortalité périnatale.

Au-delà de ça, les décès périnataux provoqués par les causes fœtales ou néonatales et les causes maternelles ou obstétricales sont respectivement de l'ordre de 25 et 29 durant la période sous examen, ainsi donc entre ces deux variables il s'observe que Khi2 calculé étant inférieur au Khi2 tabulaire cela prouve l'inexistence d'une liaison statistique ou significative entre les deux variables. En d'autres termes, on ne doit croire que les deux variables influencent l'autre donc ces deux variables sont indépendantes causant de façon indépendante la mortalité périnatale.

VI.CONCLUSION ET RECOMMANTIONS

Au terme de notre recherche qui a porté sur la mortalité périnatale à l'hôpital général de référence de Kindu, une seule question constitue l'épicentre de notre recherche à savoir : Quelles sont les causes de la mortalité périnatale à l'hôpital général de référence de Kindu ?

A cette question, l'objectif principal de cet article est d'identifier les causes de mortalité périnatale au cours de la période sous examen.

Pour atteindre cet objectif nous avons recouru à la méthode d'enquête. Celle-ci a été appuyée par les techniques d'entretien structuré et documentaire. Nous avons formulés l'hypothèse suivante : les causes de mortalité périnatale à l'hôpital général de référence sont : les causes fœtales ou néonatales (anomalie congénitale ; iso-immunisation ; anoxie in utero; traumatisme obstétrical ; hémorragie intracrâniennes ; infection ; prématurité et détresse respiratoire) et les causes maternelles ou obstétricales (hypertension; infections maternelle hémorragie ante-partum, per-partum ; diabète ; dystocies ; paludisme et causes maternelles d'accouchement prématuré).

A l'issu de traitement de nos données, nous avons abouti aux résultats selon lesquels les décès périnataux sont provoqués par les causes fœtales ou néonatales et les causes maternelles ou obstétricales respectivement de l'ordre de 25 et 29 durant la période sous examen, ainsi donc entre ces deux variables il s'observe que Khi2 calculé étant inférieur au Khi2 tabulaire cela prouve l'inexistence d'une liaison statistique ou significative entre les deux variables. En d'autres termes, on ne doit pas croire que l'une des deux variables influence l'autre. Donc ces deux variables sont indépendantes causant de façon indépendante la mortalité périnatale.

Au claire les décès néonataux ne sont pas inévitables. La plupart peut facilement être évités si les interventions les plus simples sont mises à la disposition de tous. Un changement systémique est nécessaire de la part des gouvernements, des donateurs et des professionnels de la santé. Cette étude menée à l'hôpital générale de référence de Kindu au Maniema, en République démocratique du Congo offre une occasion sans précédent de porter notre attention sur ce sujet et de déclencher les révolutions nécessaires. Ensemble, nous pouvons faire en sorte qu'aucun enfant ne naisse pour mourir.

De cet effet, dans le cadre de la réduction du taux élevé la mortalité périnatale constatée à l'hôpital générale référence de Kindu, et suggérons :

a. Aux gouvernements :

- Les gouvernements que soient nationaux ou Provinciaux, en collaboration avec des partenaires, doivent faire en sorte que d'ici à 2030 chaque naissance soit assistée par des agents de santé formés et équipés, pouvant pratiquer des interventions de santé du nouveau-né essentielles.
- Ils doivent augmenter leurs dépenses de santé tout au moins à hauteur du minimum de 60 dollars par personne, défini par l'OMS, pour couvrir le soutien au personnel de santé, sa formation et sa dotation en matériel.
- Les gouvernements doivent supprimer les frais d'utilisation pour tous les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, y compris pour les services de soins obstétricaux d'urgence.

b. Aux femmes :

- De suivre les séances des consultations prénatales de qualité dans des structures sanitaires ayant un équipement adapté pour la prise en charge des nouveau-nés possédant un personnel formé, qualifié et compétent ;
- En cas de travail d'accouchement, les femmes enceintes doivent se diriger vers une maternité à moindre risque et respecter les conseils de personnel sanitaire mis à leurs dispositions.

c. Le secteur privé :

- En général le secteur privé, y compris les compagnies pharmaceutiques, doivent aider à résoudre les besoins, en développant des solutions innovantes et en accroissant la disponibilité des produits de santé maternelle, néonatale et infantile, nouveaux et existants, pour les populations les plus pauvres.

En particulier les structures sanitaires doivent référer à temps voulu les femmes enceintes nécessitant des interventions appropriées afin de réduire le taux de mortalité périnatale.

REFERENCES

- [1]. GRAWITZ M. (2001), Méthode en sciences sociales, 11^{ème} éd. Dalloz, Paris.
- [2]. Marie AKONKWA MIRUHO (2012), Mortalité périnatale à l'Hôpital Général de Référence de Panzi, Mémoire, Inédit, UEA-Goma.
A. MASANDI MILONDO, (2010), Méthode quantitative et de recherche scientifique, Kinshasa.
- [3]. Vanessa TAKOU TSAPMNE (2012), Facteurs de risque de la mortalité néonatale à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, Mémoire, Inédit, Université de Yaoundé.
- [4]. Tabard, R. (2010), Religions et cultures traditionnelles africaines, Revue des religieuses, 84(n°19), P.83-99
- [5]. Prévention de la morbidité et de la mortalité périnatales (1972), Rapport d'un séminaire. OMS, Genève, Cahier de santé publique, n- 42.
- [6]. 1, St John's Lane Londres EC1M 4AR Royaume-Uni Save the Children Tél. : +44 (0)20 7012 6400 Fax : +44 (0)20 7012 6963