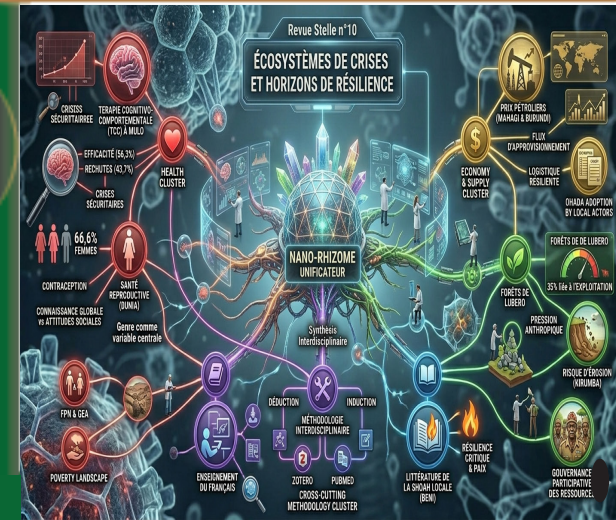


## Sommaire

ÉTUDE DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC) DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION EN LA POLYCLINIQUE SAINTE CROIX DE MULO...	6
ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION : CAS DU PERSONNEL FEMININ DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE BUNIA.....	16
FACTEURS FAVORISANT LE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE EN MILIEU HOSPITALIER. CAS DU CENTRE DE SANTE BANKOKO .....	30
PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES PREMATURES A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE NGOTE.....	45
PREVALENCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENTS TRANSMISSIBLES (IST) DANS LA ZONE DE SANTE DE MAHAGI.....	56
EPIDEMIOLOGIE .....	68
DE LA GASTRO-ENTERITE INFANTO-JUVENILE DANS LA ZONE DE SANTE DE GETY.....	68
PROBLEMATIQUE DE LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS PETROLIERS. CAS DE LA COMMUNE RURALE DE MAHAGI DE 2019 A 2023.....	89
COMPTABILITÉ PLURI-MONÉTAIRE DES OPÉRATIONS FINANCIÈRES : ANALYSE DES INCIDENCES ET TRAITEMENTS COMPTABLES À L'ÉCONOMAT GÉNÉRAL DU DIOCÈSE DE MAHAGI-NIOKA (2020-2024).....	120
DIAGNOSTIC FINANCIER DES ENTITÉS COOPÉRATIVES : CAS DE LA COOPÉRATIVE KAWA MABER DE NDRELE (2022-2024) .....	131
ETUDE COMPARATIVE DE LA PRODUCTION DU MIEL SUR DEUX TYPES DES RUCHES (LAGRANDE ET KANYANE) EN ZONE ECOLOGIQUE DE BINGI, LUBERO, NORD-KIVU, RDC.....	138
DEFIS ET MESURES DE RESTAURATION DES ECOSYSTEMES FORESTIERS DANS LA REGION DE LUBERO, NORD KIVU/ RDC.....	165
LUTTE ANTIEROSIVE DANS LA COMMUNE RURALE DE KIRUMBA/TERRITOIRE DE LUBERO/ PROVINCE DU NORD-KIVU, RDC: STRATEGIES ET TECHNIQUES POUR PROTEGER LES SOLS. ....	171
RÉVISION CONSTITUTIONNELLE ET RECOMPOSITION DU POUVOIR EN RÉPUBLIQUE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO.....	189
LA LITTÉRATURE DE LA SHOAH DANS LES CURRICULA SCOLAIRES:LEVIER DE MEMOIRE ET D'APPUI AU PROCESSUS DE PAIX EN RDC.....	201
L'ART DE LA RECHERCHE A L'INSTITUT SUPERIEUR DES TECHNIQUES MÉDICALES.....	224



## ÉCOSYSTÈMES DE CRISES ET HORIZONS DE RÉSILIENCE : SYNTHÈSE INTERDISCIPLINAIRE DES DYNAMIQUES EN AFRIQUE CENTRALE

**L'Interdépendance des Vulnérabilités :  
Santé, Économie et Environnement au  
Prisme des Territoires en Transition**

# **FACTEURS FAVORISANT LE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE EN MILIEU HOSPITALIER. CAS DU CENTRE DE SANTE BANKOKO (ITURI/REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO)**

**Ndjabu Belo Justin: chef des travaux**

**Mukamba Ngadu Blaise: Professeur**

## **Résumé**

L'objectif poursuivi par cette étude était d'identifier les facteurs de faible poids de naissance au Centre de Santé Bankoko. L'étude transversale. Les données de concrétisée par l'interview semi-structurée et l'analyse documentaire ont été analysées au moyen de l'indice de pourcentage. Après analyse les résultats ont relevé les facteurs les plus incriminés dans le faible poids de naissance sont les infections pendant la grossesse (37,66 %), suivies de paludisme (23,90 %) et la prématurés (45,97%) suivie des grossesses multiples (36,67). Les autres facteurs sont faiblement représentés.

Ces résultats sont de nature à interpeller les sages-femmes pour une sensibilisation et éducation des femmes enceintes pendant la CPN pour prévenir la FPN.

**Mots clés :** Facteurs, faible poids, naissance, Centre de Santé Bankoko.

## **Abstract**

This study focused on the factors favoring low birth weight in the hospital setting. The aim of this study was to describe and identify the factors favoring low birth weight at the Bankoko Health Center. We conducted a cross-sectional study. Our data were collected through semi-structured interviews and documentary analysis. After tabulating and analyzing the data, we arrived at the following results: The factors most responsible for low birth weight were infections during pregnancy (37.66%), followed by malaria (23.90%). The table shows that low birth weight was more prevalent among untimely babies (45.97%).

**Key words:** Facilitating factors, low birth weight, Bankoko.

## 1. Introduction

Le faible poids de naissance est un problème majeur de santé publique. En effet, il concerne chaque année plus de 20 millions d'enfants dans le monde, dont 95% se retrouvent dans les pays à ressources limitées. En Afrique sub-saharienne, environ 15% des nouveau-nés sont de faible poids (Brown, 2015 : 3).

L'OMS (2017) a estimé dans le monde l'insuffisance pondérale à la naissance contribue pour 60 à 80% à l'ensemble des décès néonataux. Chaque année, il est compté environ 20 millions des nourrissons dont le poids est insuffisant à la naissance et 96,5% d'entre eux naissent dans les pays en développement.

L'OMS et l'UNICEF (2004: 28) ont recensé entre 1997 et 2001 l'ensemble des naissances dans le monde en se basant sur des données et des registres nationaux. Selon ce rapport, sur les 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, 20 millions naissent avec un faible poids des naissances représentant une prévalence globale de 15,5%.

D'après les statistiques présentées par l'UNICEF (2016 : 2), l'insuffisance pondérale à la naissance représente respectivement 16%, 13% et 10% des naissances vivantes dans le monde.

Selon l'OMS (2016 :4), l'insuffisance pondérale à la naissance contribue pour 60 à 80,0 % à la mortalité des nouveau-nés.

Selon le même auteur (2016 :4) chaque année 36,5 % d'entre eux naissent dans les pays en voie de développement.

A cause de son impact sur la morbidité et la mortalité infantile, ainsi que de ses implications sur la santé à l'âge adulte, les experts en santé publique sont unanimes que l'insuffisance pondérale à la naissance constitue un problème majeur de santé publique (Kabore P, 2007 :19).

Le faible poids à la naissance peut résulter d'une naissance prématurée, d'un retard de croissance intra-utérine ou d'une combinaison des deux. Une naissance prématurée est une naissance qui a lieu avant 37 semaines complètes de grossesse (OMS, 1990). Un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérine (RCIU) est un nouveau-né dont le poids est au-dessous du 10<sup>e</sup> percentile de poids standard à la naissance pour

l'âge gestationnel. Par contre, une autre définition est aussi acceptée pour le RCIU : un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérine est un bébé né à terme ( $\geq 37$  semaines) mais avec un faible poids ( $< 2500$  g) (Kiely, 2006 :1).

En Amérique du Sud, la situation semble assez comparable à celle qui prévaut en Afrique. Ainsi, au Chili en 2000, il y avait 6% de FPN, tandis qu'au Brésil en 2004 la prévalence de FPN était de 11% (ACOG 2000 :85).

En Asie, ces résultats confirment que la situation la plus grave se situe en Asie. Au Bangladesh en 2005, la prévalence de FPN était de 30%, alors qu'elle atteignait 33% en Inde en 2000. Au Népal, les auteurs notaient une certaine amélioration puisque cette prévalence est passée de 39% en 1999 à 30% en 2004. Deux pays semblaient un peu moins touchés, le Pakistan, 19% en 2003 et la Thaïlande avec 8% de FPN en 2001. (Blondel, Morin et al., 2002 :72).

Les nouveau-nés de faibles poids de naissance ont une morbidité et une mortalité élevées dans les pays en développement. L'étude menée sur les facteurs de risque et pronostic hospitalier des nouveau-nés de faible poids de naissance à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, Cameroun a révélé une mortalité de 37,7 %. Les facteurs de risque de décès étaient les grossesses multiples, le très faible poids de naissance, la très grande prématurité et un score d'APGAR inférieur à 7 à la première minute et à la cinquième minute (CHIABI et al, 2011).

ALLONSON et al. (2016) ont montré qu'en Afrique du Sud les décès néonataux représentent (29,2 %) et sont associées aux détresses respiratoires chez les nouveau-nés avec faible poids de naissance tandis au Cameroun, qu'Ahankani et al. (2017) ont trouvé qu'au Royaume-Uni, 31,6 % de décès néonatal précoce étaient causés par le faible poids de naissance.

Les facteurs de risque qui déterminent l'insuffisance pondérale à la naissance ont été recherchés dans plusieurs études tant en Afrique qu'ailleurs. Dans le contexte africain, nous pouvons citer celle menée en milieu semi-rural de Kamina [RD Congo] par Bwana Kangulu I et al. (2014 : 220) dans laquelle les auteurs ont trouvé que l'âge maternel, la parité, la prématurité, la grossesse multiple et le non suivi des consultations prénatales sont des facteurs significativement associés au faible poids à la naissance.

Il est donc un important indicateur de l'état de santé et de la situation nutritionnelle de la mère avant et pendant la grossesse. C'est aussi un important prédicteur de la survie de l'enfant et de son développement ultérieur. Il y a une association étroite à court terme entre le FPN et la mortalité fœtale, néonatale et infantile. Parmi 11,6 millions de décès des enfants de moins de 5 ans survenus en 2009 dans les pays en développement, 6,3 millions étaient associés au faible poids de naissance (Pollitt, Gorman, Engle, Rivera et Martorell, 2009 :82)

Plus de 20 millions d'enfants naissent chaque année avec un poids de naissance inférieur à 2500 g, dont 17% dans les pays en développement. Ce taux de faible poids de naissance est deux fois plus élevé dans les pays industrialisés (OMS, 2010 :58)

Le taux de naissance des enfants de FPN est également variable au Sénégal ; il est estimé à 12,0 %, 15,0 % au Bénin et 8,88 % en Tunisie. Les causes de faible poids à la naissance ne semblent pas clairement établies. Les facteurs prédisposant étaient : le célibat, le divorce et la primiparité, les mauvais états nutritionnels et les pathologies maternelles (Assimadik et al, 2005 :90-101)

Plusieurs facteurs sont synergiques dans la survenue du faible poids de naissance. Les facteurs liés au fœtus, d'ordre biologique, semblent moins prédominants: il s'agit notamment des grossesses multiples, des malformations, etc. Ceux liés à la mère sont plus nombreux et plus complexes: malnutrition, consommation d'alcool et de tabac, conditions socio-économiques défavorables, violences conjugales, etc. [ICS, 2000 :3].

Une étude menée au Burkina-Faso par Kabore (2007: 97 ), avait rapporté 1013 nouveau-nés d'une grossesse unique à terme. Après ajustement il avait retrouvé que les facteurs significativement associés au petit poids de naissance étaient la prématurité, les vomissements gravidiques, l'exécution des travaux champêtres, et une charge de travail élevé ainsi que l'accouchement à domicile.

Dans les pays industrialisés, la prématurité serait la cause principale des naissances de faible poids. Environ deux tiers des naissances de faible poids sont aussi prématurées (Tucker, 2004 :1)

Cisse Amara (2011), a enregistré une prévalence de 11,31 % de FPN au Mali. Ce FPN était associé à un certain nombre de facteurs dont les plus parlant étaient la primiparité (36,54 %), le niveau socio-économique bas et la profession de la mère, d'autres facteurs de risque étaient présents tels que les pathologies liées à la grossesse (64,3%), l'infection urinaire (13,5 %), VIH (9,5 %), le manque de CPN, la supplémentation martiale systématique chez les femmes enceintes et la malnutrition dans la région.

Les femmes célibataires et divorcées ainsi que les primipares donnent naissance plus fréquemment à de nouveau-nés de FPN. Les mauvais états nutritionnels et les pathologies maternelles chroniques interviennent par l'altération de l'état nutritionnel (Cardiopathie, neuropathie, pneumopathie, Hypertension artérielle, drépanocytose, diabète et anémie) (Chiswick, 2006).

Des études menées pendant une année dans certaines villes ont trouvé des prévalences de FPN divergentes: dans la banlieue de Dakar au Sénégal, 10,7% en 1996; dans la ville de Harare, 19,9% en 1998; à Moshi au Nord de Tanzanie, 13.6% en 2001 [16]; au Centre Nord du Burkina Fasso, 15,8% des naissances à terme en 2003, dans la ville d'Antananarivo, 12,9% en 2004, dans la commune de Tori Bossito au Bénin, 9,1% en 2007, dans une localité rurale de Gambie, 10,5% en 2008, au Benin City au Nigeria, 6,3% en 2015 (Oladeinde,2015 )

Le même auteur (2015) a été trouvé, qu'après ajustement sur les variables intégrées dans l'analyse, la parité, le terme de grossesse et le type de grossesse sont des variables significativement associées à l'insuffisance pondérale à la naissance. Plusieurs études ont mentionné des résultats similaires. Il a constaté également que le poids des bébés à la naissance augmente avec la parité des mères. En d'autres termes, le faible poids de naissance diminue proportionnellement avec la parité des parturientes.

Miaffo Sokeng Lynda (2008) dans son étude sur les « facteurs de risque et pronostic des cas de faible poids de naissance colligés à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé », avait trouvé 980 enfants de FPN soit une prévalence de 20,79 %. L'âge de la mère inférieur à 20 ans, le bas niveau d'instruction, la primiparité, les consultations prénatales inférieures à quatre, les grossesses multiples et les pathologies maternelles constituaient les facteurs favorisant la survenue du FPN.

Les études antérieures en RDC et dans d'autres pays africains ont rapporté des prévalences de l'insuffisance pondérale à la naissance, allant de 6,3% à 13,6%. Parmi les principales causes incriminées du faible poids à la



naissance, la prématurité et le retard de croissance intra-utérine sont les plus citées dans la littérature (Kakudji Luhete et al 2015).

Dans une étude menée par Milabyo et al (2004) au Maniema en République Démocratique du Congo, pendant la période de 2003-2004, seul l'âge de la mère avait été identifié comme facteur de risque de survenue du faible poids de naissance.

En RDC, le FPN représente un problème majeur de santé publique. La ville de Lubumbashi présente une prévalence de 6,4 % de l'ensemble des naissances vivantes (EDS, 2014).

Un article publié par Makinko Illunga et al (2016) sur la fréquence et pronostic néonatal de faible poids à la naissance à Lubumbashi, a relevé une prévalence de 32,1 % dont 300 cas étaient de très grands prématurés et 18,7 % étaient de grands prématurés et les facteurs associés au FPN étaient la mauvaise nutrition, l'âge des gestantes inférieur à 18 ans et le non suivi de CPN.

Le faible poids à la naissance, la prématurité et le RCIU sont généralement associés à divers risques pour la santé postnatale : croissance inférieure à la moyenne, problèmes respiratoires, problèmes neurologiques, cécité, surdité, problèmes de comportement et difficultés d'apprentissage (MSSS, 2008)

En Ituri, l'étude de Bawere (2014) sur la prévalence et facteurs de FPN dans la Zone de Santé de Bunia avait montré une prévalence de FPN à 17, 8% et le facteur maternel associé au FPN était la grande multiparité, antécédent d'accouchement gémellaire et célibat de la mère.

Pendant notre pré-enquête au mois de décembre, 2023, effectué au Centre de Santé BANKOKO, au service de la maternité nous avons constaté que sur 50 enfants, 15 soit 30,0 % des cas des enfants étaient de faible poids de naissance, avec le poids variant entre 1500-2400 g et les facteurs retrouvés étaient l'âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans, la grande multiparité, le célibat.

Le but poursuivi dans cette étude était de déterminer les facteurs favorisant le faible poids de la naissance au Centre de Santé Bankoko, à travers les objectifs suivants: (i) Décrire les facteurs favorisant le faible poids de la naissance liés à la mère au Centre de Santé Bankoko. (ii) Identifier les facteurs favorisant de faible poids de la naissance liée à la grossesse au Centre de Santé Bankoko.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

### **2.1. Présentation du milieu d'étude**

Notre milieu d'étude est Centre de Santé Bankoko dans la ville de Bunia, dans la Commune de Mbunya, Quartier Bankoko.

Centre de santé bankoko est situé ....., province de l'Ituri en République Démocratique du Congo (RDC).

### **2.2. Méthode d'échantillonnage et techniques de collecte de données.**

Les données de cette étude ont été collectées au cours de la période du 1 mars au 1 juin 2023 au service de la maternité du Centre de santé Bankoko à l'issue d'une méthode transversale du type descriptif. Nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste. La population de cette étude était constituée des mères qui ont accouché les enfants de faible poids 385 nouveau-nés dans la maternité. La technique d'entretien semi-structuré a été utilisée pour collecter les données.

### **2.3. Critère de sélection**

#### **2.3.1. Critères d'inclusion**

Pour participer à l'étude les critères suivants ont été pris en compte :(i) tous les nouveau-nés de faible poids à la naissance dans la Maternité au centre de santé Bankoko, (ii) Tous nouveau-nés avec FPN dont l'âge gestationnel était compris entre 28 SA et 42 SA (à partir de la date des derniers règles précise et/ ou d'une échographie précoce).

#### **2.3.2. Critères d'exclusion**

Ont été exclus d'étude:(i) Tous les nouveau-nés avec poids normal à la naissance dans le Centre de Santé Bankoko, (ii) Tous les nouveau-nés avec faible poids de naissance ayant des traumatismes obstétricaux et les malformations ;



## 2.4. Traitement et technique d'analyse de données

Compte tenu de l'analyse statistique de nos résultats, nous avons eu recours au calcul de pourcentage par la formule ci-dessous :

$$\% = \frac{f}{N} \times 100$$

**Légende :** % = pourcentage, f = fréquence, fo = fréquence observée, ft = fréquence totale, N = nombre total de l'échantillon et 100 = constante.

## 2.5. Considération d'éthique

Notre étude s'est déroulée dans le respect des normes éthiques. Pour descendre sur terrain, nous nous sommes muni d'une attestation de recherche. Celle-ci a été présentée et approuvée par les responsables des structures sanitaires avant notre contact avec les nouveau-nés et leurs mères. Avant d'accéder aux données, nous avons sollicité le consentement des mères et assuré la confidentialité des informations recueillies.

3. Résultats de l'étude

Tableau 1: Répartition des enquêtées selon les facteurs favorisant le faible poids de la naissance liés à la mère.

Variables	N	Infection pendant la grossesse		Paludisme		Diabète gestationnel		HTA durant la grossesse		Alcool		Tabac		Etat nutritionnel de la mère	
		N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Age															
< 17 ans	29	7	24,13	8	27,59	2	6,90	3	10,34	5	17,24	0	0,00	4	13,80
18-24	61	20	32,79	15	24,60	3	4,92	6	9,83	3	4,92	1	1,63	13	21,31
25-31	48	18	37,50	10	20,83	4	8,33	4	8,33	2	4,17	2	4,17	8	16,67
32-38	105	49	46,67	30	28,57	2	1,91	6	5,71	4	3,81	1	0,95	13	12,38
39-45	102	45	44,12	17	16,67	2	1,96	10	9,80	6	5,88	2	1,96	20	19,61
46 et plus	40	6	15,00	12	30,00	3	7,50	5	12,50	4	10,00	2	5,00	8	20,00
Total	385	145	37,66	92	23,90	16	4,16	34	8,83	24	6,23	8	2,08	66	17,14
Statut matrimonial															
Célibataire	66	22	33,33	15	22,73	3	4,55	5	7,58	2	3,03	1	1,51	18	27,27
Mariée	258	118	45,74	72	27,91	5	1,94	18	6,98	14	5,42	3	1,16	28	10,85
Divorcée	40	2	5,00	4	10,00	4	10,00	9	22,50	6	15,00	4	10,00	11	27,50
Veuve	21	3	14,29	1	4,76	4	19,05	2	9,52	2	9,52	0	0,00	9	42,86

## Facteurs favorisant le faible poids de naissance en milieu hospitalier...

<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>145</b>	<b>33,66</b>	<b>92</b>	<b>23,90</b>	<b>16</b>	<b>4,16</b>	<b>34</b>	<b>8,83</b>	<b>24</b>	<b>6,23</b>	<b>8</b>	<b>2,08</b>	<b>66</b>	<b>17,14</b>
<b>Niveau d'instruction</b>															
Alphabète	74	40	54,05	20	27,03	0	0,00	2	2,71	3	4,05	1	1,35	8	10,81
Primaire	129	70	54,26	30	23,26	1	0,78	6	4,65	3	2,32	1	0,78	18	13,95
Secondaire	116	30	25,86	35	30,17	4	3,45	15	12,93	10	8,62	2	1,72	20	17,25
Supérieur/ universitaire	66	5	7,58	7	10,60	11	16,67	11	16,67	8	12,12	4	6,06	20	30,30
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>145</b>	<b>33,66</b>	<b>92</b>	<b>23,90</b>	<b>16</b>	<b>4,16</b>	<b>34</b>	<b>8,83</b>	<b>24</b>	<b>6,23</b>	<b>8</b>	<b>2,08</b>	<b>66</b>	<b>17,14</b>
<b>Profession</b>															
Agent de santé	102	40	39,22	32	31,37	4	3,92	5	4,90	4	3,92	2	1,96	15	14,71
Cultivateur	84	35	41,67	15	17,86	5	5,95	10	11,90	6	7,15	3	3,57	10	11,90
Commerçante	40	15	37,50	10	25,00	2	5,00	2	5,00	5	12,50	1	2,50	5	12,50
Ménagère	114	45	39,47	30	26,32	2	1,75	7	6,14	5	4,39	1	0,88	24	21,05
Enseignante	45	10	22,22	5	11,11	3	6,67	10	22,22	4	8,89	1	2,22	12	26,67
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>145</b>	<b>37,66</b>	<b>92</b>	<b>23,90</b>	<b>16</b>	<b>4,16</b>	<b>34</b>	<b>8,83</b>	<b>24</b>	<b>6,23</b>	<b>8</b>	<b>2,08</b>	<b>66</b>	<b>17,14</b>
<b>Suivi de la CPN</b>															
Oui	322	133	41,30	76	26,60	12	3,73	22	6,83	20	6,21	5	1,55	54	16,78
Non	63	12	19,05	16	25,40	4	6,35	12	19,05	4	6,35	3	4,76	12	19,04
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>145</b>	<b>37,66</b>	<b>92</b>	<b>23,90</b>	<b>16</b>	<b>4,16</b>	<b>34</b>	<b>8,83</b>	<b>24</b>	<b>6,23</b>	<b>8</b>	<b>2,08</b>	<b>66</b>	<b>17,14</b>

Les facteurs les plus incriminés dans le faible poids de la naissance sont les infections pendant la grossesse (37,66 %), suivi de paludisme (23,90 %). La proportion la plus élevée des infections pendant la grossesse a été retrouvée chez les mères âgées de 32 à 48 ans. Les autres facteurs sont faiblement représentés.

Source : Auteur, 2023

**TABLEAUX 2: Répartition des enquêtées selon les facteurs favorisant le faible poids de la naissance liés à la grossesse.**

Variables	N	<u>Prématuré</u>		<u>Malformation</u>		<u>Grossesse multiple</u>	
		n	%	n	%	n	%
<b>Age</b>							
< 17 ans	29	20	68,97	9	31,03	0	0,00
18-24	61	42	68,85	14	22,95	5	8,20
25-31	48	30	62,50	8	16,67	10	20,83
32-38	105	45	42,86	20	19,05	40	38,09
39-45	102	30	29,41	12	11,76	60	58,83
46 et plus	40	10	25,00	5	12,50	25	62,50
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>177</b>	<b>45,97</b>	<b>68</b>	<b>17,66</b>	<b>140</b>	<b>36,37</b>
<b>Statut matrimonial</b>							
Célibataire	66	28	42,43	18	27,27	20	30,30
Mariée	258	132	51,16	41	15,89	85	32,95

## Facteurs favorisant le faible poids de naissance en milieu hospitalier...

Divorcée	40	15	37,50	5	12,50	20	50,00
Veuve	21	2	9,52	4	19,05	15	71,43
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>177</b>	<b>45,97</b>	<b>68</b>	<b>17,66</b>	<b>140</b>	<b>36,37</b>
<b>Niveau d'instruction</b>							
Alphabète	74	20	27,03	14	18,92	40	54,05
Primaire	129	51	39,54	20	15,50	58	44,96
Secondaire	116	66	56,90	25	21,55	25	21,55
Supérieur/universitaire	66	40	60,61	9	13,64	17	25,75
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>177</b>	<b>45,97</b>	<b>68</b>	<b>17,66</b>	<b>140</b>	<b>36,37</b>
<b>Profession</b>							
Agent de santé	102	20	19,61	15	14,70	67	65,69
Cultivateur	84	50	59,52	20	23,81	14	16,67
Commerçante	40	9	22,50	3	7,50	28	70,00
Ménagère	114	80	70,18	20	17,54	14	12,28
Enseignante	45	18	40,00	10	22,22	17	37,77
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>177</b>	<b>45,97</b>	<b>68</b>	<b>17,66</b>	<b>140</b>	<b>36,36</b>
<b>CPN</b>							
Oui	322	144	44,72	58	18,01	120	37,27
Non	63	33	52,38	10	15,87	20	31,75
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>177</b>	<b>45,97</b>	<b>68</b>	<b>17,66</b>	<b>140</b>	<b>36,67</b>

Il ressort de ce tableau que le faible poids de la naissance a été plus observé chez les prématurés (45,97%). Cette observation a été plus faite chez les filles âgées de moins de 17 ans (68,97%), chez ceux ayant la malformation (17,66%) et nés d'une grossesse multiple (36,37%).

**Source : Auteur, 2023**

## **4. Discussion des résultants**

### **4.1. Facteurs favorisant le faible poids de naissance liés à la mère.**

Les facteurs les plus incriminés dans le faible poids de la naissance sont les infections pendant la grossesse (37,66 %), suivi de paludisme (23,90 %).

La proportion la plus élevée des infections pendant la grossesse a été retrouvée chez les mères âgées de 32 à 48 ans. Les autres facteurs sont faiblement représentés.

Le résultat de l'étude de Laura et al. (2014), au Ghana a montré que l'anémie maternelle, le paludisme au cours de la grossesse, les infections uro-génitales au cours de la grossesse, l'hypertension gestationnelle, la malnutrition maternelle, le genre féminin du nouveau-né, une alimentation variée et l'âge maternel étaient les facteurs prédisposant au FPN.

Cisse Amara (2011) a trouvé dans son étude comme facteurs de risque de faible poids de naissance les pathologies liées à la grossesse (64,3 %), l'infection urinaire (13,5 %), VIH (9,5 %), le manque de CPN (36,54%), la supplémentation martiale systématique chez les femmes enceintes (23, 5%) et la malnutrition dans la région (16,5%).

L'étude M. Sylla a montré que l'infection néonatale a constitué la première cause d'hospitalisation des nouveau-nés (33%).

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par l'insuffisance de suivi pendant la grossesse, les circonstances de l'accouchement notamment le manque d'asepsie

Ceci revient à dire que les pathologies liées à la grossesse exposent plus les mères au faible poids de la naissance.

#### **4.2. Facteurs favorisant le faible poids de naissance liés à la grossesse.**

Il ressort de ce tableau que le faible poids de la naissance a été plus observé chez les prématurés (45,97%). Cette observation a été plus faite chez les filles âgées de moins de 17 ans (68,97%), chez ceux ayant la malformation (17,66%) et nés d'une grossesse multiple (36,37%).

Notre résultat diffère de celui de Kabore, Donnen et Dramax (2007) qui a montré que sur 1013 nouveau-nés de petit poids de naissance ; la prématurité représentait (2,8 %) et les vomissements gravidiques (3,4 %).

Bwana, Kikolo, Akabamba et Kalengo (2014) avaient répertorié 69 cas des nouveau-nés de FPN sur 483 accouchements enregistrés soit 14,3 %. La prématurité avec grossesse âgées de moins de 37 SA, la grossesse multiple et le sexe féminin du nouveau-né étaient les facteurs liés au faible poids de la naissance.

Par contre Miaffo Sokeng Lynda (2008) dans son étude sur la prévalence de faible de la naissance avait trouvé que la proportion des hypotrophies prématurées était significativement plus élevée que celle des hypotrophies à terme, soit 85,6 % contre 14,4 % et les grossesses multiples.

Feresu et al en 2004 au Zimbabwe ont rapporté 16,8% de prématurés était décédé tandis que Letaief, et al en 2001 en Tunisie ont trouvé 33% de prématurés étaient décédés.

Ces résultat est de comparable à l'étude Dansoko que la majeure partie de ces décès étaient des nouveau-nés prématurés (65%).

Ceci revient à dire que notre résultat est différent de ceux des autres chercheurs. La présence de la malformation serait due au fait que s'auto médicale sans en tenir compte de conséquences sur le fœtus.



## 5. Conclusion et recommandations

### 5.1. Conclusion

Nous sommes arrivés au terme de notre étude intitulée « Facteurs favorisant de faible poids de naissance au Centre de Santé Bankoko ». Les facteurs favorisant de faible poids de la naissance liés à la mère seraient l'âge inférieur à 18 ans et supérieur à 35 ans, le célibat de la mère, la malnutrition, la consommation de tabac, de drogue ou d'alcool. Les facteurs favorisant de faible poids de la naissance liés à la grossesse seraient la prématurité, la malformation et la grossesse multiple.

### 5.2. Recommandations

Les femmes enceintes doivent fréquenter les consultations prénatales dès le début de la grossesse et accoucher en milieu médical.

Il est recommandé de : 1) sensibiliser, informer, instruire les femmes sur l'habitude nutritionnelle pendant la grossesse ; 2) prendre en charge les femmes ayant la grossesse à haut risque pour prévenir la survenue de faible poids de naissance ; 3) Assurer aux gestantes des consultations prénatales de bonne qualité ; 4) Conseiller aux femmes enceintes un régime alimentaire riche et varié ; 5) D'équilibrer leur apport nutritionnel pendant la grossesse. 6) Les femmes enceintes doivent fréquenter les consultations prénatales dès le début de la grossesse et accoucher en milieu médical.

## References bibliographiques

- 1) Assimadik K. et al. (2005). Physianadrtury during pregnancy and fetal out comes: a case-control study. RevSaud Publica. Vol 40, n°321 : 90-101 ; En ligne sur [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_10.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM) (Consulté le 22/06/2021) ;
- Allonson et al. (2016). Les soins kangourou pour nouveau-nés de faible poids de naissance au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer de Dakar, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Vol 29, Issue 1 :20-2 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X15004807> (consulté le 03/03/2021 à 03h 26)
- Dansoko Famamoudou (2010). Petits poids de naissance : facteurs étiologiques et pronostic fœtal immédiat à la maternité du centre de sante de référence de la commune iv du district de Bamako, thèse, université de Bamako, Bamako. <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M501.pdf> (consulté le 17/03/2021 à 03h21).
- 2) EDS (2014) Enquête Démographique de Santé en RD Congo. Faible poids de naissance en RD Congo. Cahier d'étude et de recherche Francophone. Vol 12, n°23 :127.[https://www.jle.com/fr/revues/san/edocs/faible\\_poids\\_de\\_naissance\\_au\\_maniera\\_republique\\_democratique\\_du\\_congo\\_272288/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/san/edocs/faible_poids_de_naissance_au_maniera_republique_democratique_du_congo_272288/article.phtml). (Consulté le 22/05/2021).
- Iluga P, Makuku O, Makani P, Mulangu M, Lubala K, Ponyombo M, et Okitotsho S (2014). Fréquence et pronostic néonatal précoce de faible poids de naissance à Lubumbashi. RD Congo. The Pan Medical Journal. Vol 23, pas de numéro : 232. En ligne sur <http://www.researchgate.net/publication/301662758>. (Consulté le 22/01/2023) ;
- Kabore P, Donnen P et Dramax M (2007). Facteurs de risque obstétricaux du petit poids de naissance à terme au Burkina-Faso. Revue de Santé Publique,489-97.;<https://www.google.com/>

La revue Stelle fut mise sur pied en 2015 par les penseurs philosophes, théologiens, psychologues et chercheurs des sciences médicales de l'association scientifique et culturelle Tristelle. D'abord connue sous le nom de La Revue Tristelle et publiée sous forme de cahiers annuels de 2015 à 2018, la revue acquit ensuite le rythme de parution, qu'elle a conservé depuis, de deux numéros annuels de 100 à 150 pages chacun.

De niveau scientifique et spécialisée dès le départ en philosophie, en théologie, en psychologie, elle a suivi de près l'évolution de ces disciplines, en faisant une place particulière aux méthodes et approches nouvelles philosophiques, psychologiques et théologiques qui se sont développées dans ce domaine.

Au terme de cinq ans d'existence (2015-2020), après avoir acquis, sous la direction de ses premiers éditeurs, une crédibilité et un rayonnement internationaux dans le monde scientifique et s'être gagné une réputation très enviable, Revue Tristelle est restée une propriété privée aux tristellaires, et sous la responsabilité de la Benluton Academy ; et en vue de garder son caractère périodique de paraître après chaque six mois, il fallait abandonner tout ce qui est Tristelle pour mettre sur pied la Revue Stelle.

La Revue Stelle entend donc stimuler la recherche scientifique et contribuer à la diffusion de ses résultats en tant qu'une revue pluridisciplinaire. Moyennant des contributions notables au développement de la connaissance dans l'interdisciplinarité et un travail de première main mené avec rigueur, la revue est ouverte à la contribution de chercheurs de différentes écoles et traditions du Congo et de l'étranger et elle ne privilégie a priori aucun secteur ou approche méthodologique déterminée. Au fil des ans, elle a cependant développé quelques champs particuliers, comme ceux de la santé, de la psycho-social et de l'éthique ainsi que de la littérature.

En raison de son orientation pluridisciplinaire et de son ouverture aux différents courants de recherche, La Revue Stelle occupe un créneau unique dans le paysage des revues savantes en sciences humaines et infirmières en RDC.

## REVUE STELLE

### REVUE SEMESTRIELLE

Kinshasa, Ngaliema, Benseke 40

Courriel: [revuestelle@gmail.com](mailto:revuestelle@gmail.com), [revuestelle@benluton.be](mailto:revuestelle@benluton.be)

Prix du numéro: 10\$

Site internet: [www.benlutonacademy.org](http://www.benlutonacademy.org), [www.benluton.be](http://www.benluton.be)

Archives depuis 2015 consultables à partir de notre site

Partenaires: ISTM/MAHAGI, ASOPED, FOBLAMU, Presses Africaines de la Science, Benluton Academy

### DIRECTION ET REDACTION :

Rédacteur en chef : Mumbere Lusenge Fiston

Rédacteur en chef adjoint: Kambale Vomba Eugène

Secrétaire de rédaction: Urinth'o Batchibandey

### COMITE DE REDACTION

José Kabeya wa Kabeya, Dismas Niyonizigiye, Jean-Pierre Mputu, Alice Gazoulema, Pierre L'Heuillet, Gaston de Latour, Joséphine Ebenya, Thomas le Chauve, Emilie Bernadette, Alain Raxhon, Magloire Eunice

### CONSEIL DE REDACTION :

Blaise Mukamba Ngandu, Paul Lacourt, Osée Kalala, Hermans Tchikudi, Tembo Masikilizano, Denise Delfosse, Anne Lecquerd, Hervé L'Heuillet, Yves Bruce le sage, Victorine Mwanda, Gabriel Benazo, Prince Shango Chriss, Sylvie Lomongo, Guy Lefèvre, Michael Curtis, Bob Harry, Julia Julias, Vanessa Zavière

### INFOGRAPHIE/ GRAPHISME:

Mumbere Lusenge Fiston

### COMPOSITION TYPOGRAPHIQUE :

Mumbere Lusenge Fiston

### MARKETING :

Michel Delbouze, Anne Katato, Viviane-Hélène

Revue éditée par la maison d'édition Benluton sous la supervision des Presses Africaines de la Science comme principales actionnaires.

Dépôt légal: LK 3.02510-575887

ISBN: 978-99951-52-01-X