

COMITE INTERETATS DE LUTTE CONTRE LA  
SECHERESSE DANS LE SAHEL

C. I. L. S. S.

I N S T I T U T / ) U SAHEL

(U.S.E.D.)

**CEPED**  
CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION  
ET LE DEVELOPPEMENT  
15, rue de l'École-de-Médecine  
75270 PARIS CEDEX 06  
Tél. : (1) 46 33 99 41

ETUDE SUR LA MORTALITE DANS LE SAHEL

(E.M.I.S.)

(BOBO-DIOULASSO - BAMAKO)

/)/OTE TECHNIQUE N° 1.-

Pertes de Naissances et de  
Décès avant l'Enregistrement.-

BAMAKO, JUIN 1982.-

INSTITUT DU SAHEL - EMIS  
NOTE TECHNIQUE No 1

Pertes de naissances et de décès avant l'enregistrement.

Le principe de base des enquêtes à passages répétés implique que l'on dispose, à partir d'une période de base, d'un inventaire complet de personnes à suivre. Quand on veut étudier la mortalité infantile, on souhaite suivre les enfants dès la première seconde de la vie. D'où l'idée de l'enregistrement à la maternité, afin de disposer d'une liste complète d'enfants. On considère généralement que le problème principal rencontré par les enquêtes à passages répétés est celui des déperditions après le relevé initial. L'expérience de Bobo-Dioulasso suggère que la situation n'est pas si simple.

Naissances difficiles.

Le Tableau 1 présente les résultats provisoires, pour deux mois seulement, du dépouillement du questionnaire de base de l'enquête de Bobo-Dioulasso sur la mortalité infantile et

TABLEAU 1  
 Accouchements de mois de juin et juillet.  
 Bobo-Dioulasso (Chiffres provisoires)

	Juin	Juillet
Total	512	536
- Par sexe		
Masc.	234	280
Fem.	275	254
Inc.	3	2
- Par type		
Normal	510	536
Césarienne	0	0
Inc.	2	0
- Par terme		
A terme	507	521
Prématuré	5	15
- Morts-nés (y compris ranimés en vain)	23	23

juvénile. Le tableau indique le nombre d'accouchements dits "normaux" dans les questionnaires de base de l'enquête. Un accouchement normal a le moins de chance de mener à un décès néonatal ou à un mort-né. A Bobo-Dioulasso, on observe une majorité écrasante d'accouchements dits "normaux", soit que les enquêtrices aient tendance à utiliser ce vocable de façon routinière (tout accouchement étant "normal", comme tout enfant né est "bien portant"), soit que l'enquête perde en fait les accouchements difficiles. Il est probable qu'il en va un peu des deux causes. D'une part, suivant en cela le questionnaire, l'enquêtrice tend visiblement à raisonner en terme d'une dichotomie accouchement normal - césarienne. D'après le rapport annuel de l'hôpital de Bobo-Dioulasso, il y avait eu en 1981, pour cette institution seulement, 315 accouchements dits distociques sur 6088 accouchements; mais la catégorie des accouchements distociques, ou anormaux, couvre plus que la seule césarienne. D'autre part, il apparaît que l'enquête perd systématiquement les césariennes. Une vérification nominale faite par Jean-Marie Toko et portant sur quatre mois, indiquait que sur cinquante césariennes effectuées à l'hôpital de Bobo-Dioulasso durant cette période, trois seulement avaient subi l'enquête. (Dans les trois cas, l'enquêtrice avait mentionné la césarienne dans la question portant sur le type d'accouchement.) Trois des cinquante femmes césarisées étaient spécifiquement mentionnées comme "évacuées" dans le registre de l'hôpital; il y en avait sans doute d'autres, mais il est douteux que plus de dix femmes venaient de villages extérieurs à Bobo. On peut estimer provisoirement qu'on perd

environ dix césariennes par mois, ou 120 pour l'année. Si ces pertes se retrouvent au niveau des autres naissances distociques, c'est plus de 250 naissances qu'on a pu perdre (80% de 315 accouchements.) Or la mortalité parmi les enfants d'accouchements distociques est particulièrement élevée: près du double de celle des accouchements normaux à l'hôpital de Bobo d'après le rapport annuel pour 1981.

Ces pertes ne sont pas dramatiques: dix décès d'enfants sur 6000, ou moins de deux pour mille. Il faut toutefois augmenter ces chiffres de plusieurs façons. D'abord on notera que les statistiques de l'hôpital distinguent deux autres catégories d'accouchements "exceptionnels", sur lesquels des statistiques sont collectées automatiquement, les accouchements gemellaires et les accouchements prématurés. Les jumeaux représentent moins de cinq pour cent des naissances, mais l'accouchement est généralement plus difficile que pour une naissance simple, et leur mortalité est plus élevée que celle des autres enfants: 9 pour cent pour les dix premiers jours à Bobo en 1981. Or eux aussi paraissent sous-représentés dans l'enquête. Enfin, les accouchements prématurés représentaient plus de 10 % de toutes les naissances dans la statistique de l'hôpital, et ils ont eux aussi une mortalité élevée. Or on voit dans le Tableau 1 qu'il y a très peu de prématurés déclarés à l'enquête, soit que les enquêtrices ne tiennent pas compte de la mention sur le registre, soit que les prématurés leur échappent systématiquement pour l'une ou l'autre raison.

## Morts-nés.

Autre cause d'erreur, sans doute la plus importante: les morts-nés. En principe, la mortalité n'intéresse l'enquête sur la mortalité infantile et juvénile que de façon subsidiaire. Toutefois, les enquêtrices remplissent un questionnaire (malheureusement de façon très sommaire à Bobo-Dioulasso). D'après le rapport annuel, il y avait eu 230 morts-nés à l'hôpital de Bobo-Dioulasso en 1981. Pour le démographe, un mort-né est tout produit de conception qui n'a pas montré de signes de vie après extraction ou expulsion. Mais cette notion, sur laquelle repose la comparabilité des statistiques, n'est malheureusement conforme, ni au sentiment des populations, ni à la pratique des hôpitaux. Si l'enfant est mort immédiatement après la naissance, peu importe pour la sage-femme qui remplit le registre que le cœur battait au moment de la délivrance, que le produit de l'accouchement ait respiré. Or on peut mal mesurer la mortalité néonatale si l'on inclut parmi les morts-nés tous ceux qui quittent la salle d'accouchement sans vie. L'omission systématique de ces faux morts-nés risque donc d'être un facteur non négligeable de sous-estimation de la mortalité infantile.

Qu'en est-il en fait ? Le registre de l'hôpital de Bobo-Dioulasso distingue entre trois catégories de morts-nés: les

TABLEAU 2

Distribution des morts-nés de l'enquête en avril et août 1981.  
Bobo-Dioulasso

	Avril	AOÛT
Sans signes de vie		
Macérés	2	8
Simple		1
Sans mention	3	9
A donné des signes de vie (Faux morts-nés)		
Non-viables	2	1
Ranimés en vain	1	1
Mort simple		2
Non spécifié		3

morts-nés macérés, les morts-nés simples, et les morts-nés ranimés en vain. Cette dernière catégorie est, démographiquement parlant, un enfant né vivant. Il a été ranimé et est mort par la suite, mais les signes de vie étaient présents (battement de coeur...etc) et l'enfant a même respiré ("anima") suite aux efforts des accoucheuses. Il faudra systématiquement consulter le registre de l'hôpital pour avoir une estimation des pertes de ce chef. Un sondage fait par Jean-Marie Toko et portant sur les césariennes du mois d'octobre 1981, suggère que les pertes pourraient être non-négligeables. Sur 17 césariennes de ce mois, il y avait eu 11 morts-nés, dont 4 ranimés en vain. -- A ce problème de définition, il faut ajouter la tendance naturelle des enquêtrices et des superviseurs de l'enquête à classer parmi les morts-nés des enfants qui n'ont vécu que quelques instants. C'est ainsi qu'en examinant les questionnaires classés comme morts-nés pour les mois d'avril et d'août 1981, nous avons obtenus les résultats donnés dans le Tableau 2: soit 10 décès d'enfants sur 33 "morts-nés", ou sur 1200 accouchements environ. Nous croyons donc que c'est à tort que les enquêtes de ce type se désintéressent des morts-nés, car certains décès peuvent se perdre sous leur couvert.

#### Conclusion.

Lors d'une enquête à passages répétés du type discuté ici, il est important de faire attention aux pertes de décès avant même qu'on remplisse le questionnaire de base. Sous réserve de raffinement du calcul, c'est au moins à dix points que l'on peut

estimer la sous-estimation de la mortalité infantile qui résulte de ce seul facteur. Comme les statistiques du système hospitalier sont souvent disponibles, on peut corriger systématiquement les résultats des enquêtes. Mais nous aimerions voir publier systématiquement, lors d'une enquête sur la mortalité infantile, les statistiques suivantes:

- Le nombre d'accouchements anormaux ou difficiles;
- Le nombre de césariennes;
- Le nombre de prématurés;
- Le nombre de morts-nés;
- Le nombre de "ranimés en vain" (faux morts-nés);
- Le nombre de femmes mortes en couches.

On nous objectera peut-être que les nombres impliqués sont relativement faibles. Mais la méthodologie de l'enquête à passages répétés repose sur la comptabilité rigoureuse des phénomènes. Les statistiques ci-dessus sont des baromètres de la qualité de l'enquête. Si par exemple aucune femme n'est morte en couche d'après l'enquête, c'est que les organisateurs n'ont pas veillé à une comptabilité scrupuleuse des phénomènes sur lesquels porte l'enquête. Si le nombre de prématurés n'atteint pas un pourcentage vraisemblable (10 % par exemple), c'est soit que l'on perd des naissances, soit que le questionnaire est mal rempli. Ces indices sont révélateurs du manque d'étanchéité du système d'enregistrement, de sa tendance à perdre des événements anormaux. Or la mort d'un enfant est elle-même un événement anormal. Une

enquête sur la mortalité infantile dont la fonction principale serait de suivre les enfants vivants aurait failli à sa vocation.

Il faut se demander s'il existe des causes de pertes des naissances anormales ou exceptionnelles, liées à leur caractère morbide même et aux risques de décès qu'il entraîne. La réponse est probablement affirmative. Le questionnaire de base doit être rempli en maternité. Que survienne une urgence, que l'accouchée soit anesthésiée, qu'elle soit sous le choc de la perte de son enfant ou qu'elle risque elle-même de perdre la vie, et l'enquêtrice ne pourra pas l'interroger. La collecte des renseignements au moment de la naissance, indispensable à la méthodologie de nos enquêtes, est un événement qui ne saurait avoir aucune priorité dans le système hospitalier; l'enquêtrice est une intruse. Confier la tâche à une sage-femme déjà accaparée par les mille responsabilités de la salle d'accouchement, ne ferait évidemment que multiplier les problèmes. (C'est malheureusement la solution retenue à Bamako.) Le début d'observation constitue donc un stade critique des enquêtes sur la mortalité infantile, et il mérite de retenir l'attention des organisateurs ou des utilisateurs de l'enquête. L'expérience de Bobo-Dioulasso suggère que les statistiques internes tenus au lieu d'accouchement, permettent souvent de corriger les résultats de l'enquête, et devraient être systématiquement exploitées.