

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



Année 2021

N°114

**MORBI-MORTALITE NEONATALE AU
SERVICE DE PEDIATRIE DU CHN DE PIKINE
(étude rétrospective du 01/01/2019 au 31/12/2019)**

**MEMOIRE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(D.E.S)
PEDIATRIE**

Présenté et soutenu

Le 30 Août 2021

Par

Dr Djiby NDIAYE

MEMBRES DU JURY

| | | | | |
|-----------------------------------|-----|---------------|-----------|--------------------------------|
| PRÉSIDENT : | M. | Boubacar | CAMARA | Professeur Titulaire |
| MEMBRES : | M. | Papa Moctar | FAYE | Professeur Titulaire |
| | M. | Aliou | THIONGANE | Professeur Assimilé |
| | Mme | Fatou | LY | Professeur Assimilé |
| DIRECTRICE DE MEMOIRE : | Mme | Fatou | LY | Professeur Assimilé |
| CO-DIRECTRICE DE MEMOIRE : | Mme | Diéynaba Fafa | CISSE | Maître de conférences Assimilé |

A ALLAH :

Le tout miséricordieux, le tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, ce que je suis et ce que je serais Incha Allah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude, mon amour, mon respect, et ma reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que je dédie ce mémoire à...

A mes très chers parents :

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. J'espère réaliser ce jour un de vos rêves et être digne de votre éducation, confiance et des hautes valeurs que vous m'aviez inculqué. Puisse votre existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession. Que dieu, tout puissant, déverse sa miséricorde à jamais sur notre cher père et procure santé, bonheur et longue vie à notre chère mère pour que vous demeuriez le flambeau illuminant mon chemin.

À mes frères, mes sœurs, mes beaux frères et mes belles sœurs, à ma fille la superbe maman Amina et à sa maman et particulièrement à ma sœur Gande Ndiaye

Votre amour, votre générosité et votre soutien considérable ont été pour moi, au cours de ce long parcours, une source de courage et de patience.

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour profond et mon affection.

A tous mes amis, ma famille maternelle et paternelle et ma belle famille

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A tous mes amis DES, Penda Dado Kane, Oumou, Mareme Ndione, Rokhaya Diagne,

Dieynaba Yame, Ndeye Ndabaw, Selem Diagne

A tout le personnel de la pédiatrie du Centre Hospitalier National de Pikine.

A mes amis Serigne Abo, Ibrahima Niang, Ablaye Ndiaye, Bintou Kone, Boubacar Ndiaye.

Aux docteurs Moussa Sarr, Fadel Hanne et Seynabou Faye, Mamadou Ndiaye A tous mes enseignants tout au long de mes études.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A tous ceux qui, de près comme de loin, ont contribué à ma réussite et à la concrétisation de ce travail.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du Jury Monsieur le Pr Boubacar Camara

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous aviez fait , de présider ce jury de mémoire malgré les multiples occupations. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines sont connues de tous et font de vous un grand maître à la fois respectable et admirable. Nous vous témoignons notre profonde gratitude et nos très sincères remerciements.

A notre Maître et Juge Monsieur le Professeur Papa Moctar Faye

Vous nous avez toujours réservé un accueil chaleureux, aimable et bienveillant.

Votre humilité, votre générosité, votre disponibilité constante à l'égard des étudiants et vos qualités scientifiques font de vous un modèle. Travailler à vos côtés, nous a permis d'apprécier votre sens de la perfection et votre esprit de synthèse .L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde estime.

A notre Maître et Juge Monsieur le Professeur Aliou Thiongane

Cher maître, Vos nombreuses qualités humaines, la richesse de votre culture médicale, la clarté de votre enseignement, votre disponibilité et surtout votre rigueur et dévouement au travail et au service forcent l'admiration de ceux qui ont eu le privilège de travailler à vos côtés. Nous vous remercions de la confiance que vous nous aviez accordée en acceptant de diriger ce travail. Veuillez croire cher maître, au témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance éternelle.

A notre Maître, et Directrice de mémoire Madame le Professeur Fatou Ly

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de nous encadrer dans ce travail.

Votre humilité, votre gentillesse et votre rigueur scientifique constante à l'égard des étudiants nous touchent sincèrement.

L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre admiration et notre profond respect.

Veillez accepter, cher Maître, nos chaleureux remerciements et l'expression de notre plus haute considération.

A notre maître et co-directeur de thèse Madame le docteur Dieynaba Fafa Cissé

Les moments de travail passés ensemble nous ont permis de découvrir en vous l'exemple même de la simplicité, de l'humilité et de la bienveillance.

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien, vos conseils judicieux et votre aide précieuse. Merci infiniment !

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre admiration.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---------------|--|
| AG | : Age Gestationnel |
| CHN | : Centre Hospitalier National |
| CHU | : Centre Hospitalier Universitaire |
| DES | : Diplôme d'étude spécialisé |
| ECUN | : Enterocolite ulcero-necrosante |
| EDS | : Enquête démographique et sanitaire |
| ET | : Ecart-type |
| HALD | : Hôpital Aristide Le Dantec |
| HEAR | : Hôpital d'Enfant Albert Royer |
| INN | : Infection néonatale |
| LA | : Liquide amniotique |
| MMH | : Maladie des membranes hyalines |
| ODD | : Objectif de développement durable |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| SA | : Semaine d'aménorrhée |
| UNICEF | : United Nations International Children's Emergency fund |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Répartition des nouveau-nés selon le sexe | 9 |
| Figure 2 : Répartition des nouveaux nés selon l'âge à l'admission | 10 |
| Figure 3 : Répartition des nouveau-nés selon la provenance des mères | 10 |
| Figure 4 : Répartition des patients selon le mode d'admission..... | 11 |
| Figure 5 : Répartition selon l'âge maternel à l'admission | 11 |
| Figure 6 : Répartition des patients selon la gestité et la parité..... | 12 |
| Figure 7 : Répartition des mères selon les avortements | 13 |
| Figure 8 : Répartition des mères selon les antécédents d'accouchement prématuré | 13 |
| Figure 9 : Répartition des mères selon les antécédents de pathologies chroniques..... | 14 |
| Figure 10 : Répartition des mères selon les pathologies chroniques | 14 |
| Figure 11 : Répartition des mères selon les antécédents obstétricaux | 15 |
| Figure 12 : Répartition des mères selon les échographies | 17 |
| Figure 13 : Répartition des mères selon la Menace d'accouchement prématuré | 19 |
| Figure 14 : Répartition des mères selon la Corticothérapie anténatale..... | 19 |
| Figure 15 : Répartition des mères selon la notion de tocolyse..... | 20 |
| Figure 16 : Répartition des mères selon l'administration de sulfate de magnésium..... | 20 |
| Figure 17 : Répartition des mères selon l'aspect de liquide amniotique | 22 |
| Figure 18 : Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation à la ... | 23 |
| Figure 19 : Répartition des nouveau-nés selon le Terme de la grossesse | 23 |
| Figure 20 : Répartition des nouveau-nés selon la prématurité..... | 24 |
| Figure 21 : Répartition des nouveau-nés selon la trophocité | 24 |
| Figure 22 : Répartition des nouveau-nés selon le Type d'alimentation..... | 25 |
| Figure 23 : Répartition des nouveau-nés selon le mode d'alimentation | 25 |

| | |
|---|----|
| Figure 24 : Répartition des pères selon la Catégorie socio-professionnelle | 26 |
| Figure 25 : Répartition des nouveau-nés selon la fratrie | 27 |
| Figure 26 : Répartition des nouveau-nés selon la notion de consanguinité..... | 27 |
| Figure 27 : Répartition des parents selon le niveau socio-economique..... | 28 |
| Figure 28 : Répartition des nouveau-nés selon les Conditions de transfert..... | 29 |
| Figure 29 : Répartition des nouveau-nés selon les diagnostics retenus | 31 |
| Figure 30 : Répartition des nouveau-nés selon le support ventilatoire | 32 |
| Figure 31 : Répartition des nouveau-nés selon supplémentation en oligoéléments..... | 34 |
| Figure 32 : Répartition des nouveau-nés selon les modalités évolutives..... | 34 |
| Figure 33 : Répartition des nouveau-nés selon l'âge de survenue des décès..... | 36 |
| Figure 34 : Répartition des nouveau-nés selon l'évolution des décès au cours des trimestres..... | 36 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I : Nombre de CPN, TPI et VAT | 16 |
| Tableau II : Sérologies..... | 16 |
| Tableau III : Pathologies maternelles au cours de la grossesse..... | 18 |
| Tableau IV : Répartition des mères selon la notion Infection urogénitale du ... | 21 |
| Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon motifs de transfert | 29 |
| Tableau VI : Répartition des nouveau-nés selon les signes cliniques à l'admission | 30 |
| Tableau VII : Répartition des nouveau-nés selon les anomalies biologiques... | 32 |
| Tableau VIII : Répartition des nouveau-nés selon les autres aspects thérapeutiques..... | 33 |
| Tableau IX : Répartition des nouveau-nés selon les complications | 35 |
| Tableau X : Répartition des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation | 35 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| MATERIELS ET METHODES | 5 |
| I MATERIELS ET METHODES | 6 |
| I.1. Cadre de l'étude | 6 |
| I.2. Type d'étude Période d'étude | 7 |
| I.3. Population d'étude. | 7 |
| I.4. Recueil des données | 7 |
| I.5. Analyses statistiques | 8 |
| II. RESULTATS | 9 |
| II.1. Etude descriptive..... | 9 |
| II.1.1. Données épidémiologiques et socio-démographiques..... | 9 |
| II.1.1.1. Répartition des nouveaux nés selon le sexe..... | 9 |
| II.1.3. Répartition des nouveaux nés selon la provenance des mères | 10 |
| II.1.4. Mode d'admission..... | 11 |
| II.1.5. Répartition selon l'âge maternel à l'admission | 11 |
| II.2. Antécédents maternels et suivi de la grossesse | 12 |
| II.2.1. Mode de vie | 12 |
| II.2.2. Gestité et parité | 12 |
| II.2.3. Antécédents d'avortement | 12 |
| II.2.4. Antécédent d'accouchement prématuré..... | 13 |
| II.2.5. Antécédents de pathologies maternelles chroniques | 14 |
| II.2.6. Antécédents obstétricaux | 15 |
| II.2.7. Nombre de CPN, TPI et VAT..... | 15 |
| II.2.8. Sérologies..... | 16 |
| II.2.9. Echographies obstétricales..... | 17 |
| II.2.10. Pathologies maternelles au cours de la grossesse | 17 |
| II.2.11. Menace d'accouchement prématuré | 19 |

| | |
|--|----|
| II.2.12. Corticothérapie anténatale | 19 |
| II.2.13. La notion de tocolyse | 20 |
| II.2.14. Administration de sulfate de magnésium maternel | 20 |
| II.2.15. Infection urogénitale du troisième trimestre et traitements | 21 |
| II.3. Antécédents prénataux | 21 |
| II.3.1. Durée du travail | 21 |
| II.3.2. Notion de RPM | 21 |
| II.3.3. La notion d'antibioprophylaxie maternelle | 21 |
| II.3.4. L'aspect de liquide amniotique | 21 |
| II.3.5. Mode de présentation | 22 |
| II.3.6. Mode d'accouchement | 22 |
| II.3.7. La notion de cri à la naissance | 22 |
| II.3.8. La notion de réanimation à la naissance | 22 |
| II.3.9. Le score d'APGAR | 23 |
| II.3.10. Terme de la grossesse | 23 |
| II.3.11. Trophicité | 24 |
| II.4. Antécédents postnataux | 25 |
| II.4.1. SENN | 25 |
| II.4.2. Type d'alimentation et mode d'alimentation | 25 |
| II.5. Antécédents familiaux | 26 |
| II.5.1. Age des pères | 26 |
| II.5.2. Catégorie socio-professionnelle des pères | 26 |
| 5.3. Fratrie | 26 |
| II.5.4. Notion de consanguinité | 27 |
| II.5.5. Le niveau socio-économique | 28 |
| II.6. Données cliniques | 28 |
| II.6.1. Motifs de transfert | 28 |
| II.6.2. Conditions de transfert | 29 |
| II.6.3. Les signes cliniques à l'admission | 30 |

| | |
|--|----|
| II.6.4. Diagnostics retenus | 31 |
| II.7. Données paracliniques | 31 |
| II.7.1. Les anomalies biologiques..... | 31 |
| II.8. Les données thérapeutique..... | 32 |
| II.8.1. Le support ventilatoire | 32 |
| II.8.2. Antibiothérapie | 33 |
| II.8.3. La supplémentation en oligoéléments | 33 |
| II.9. Données évolutives..... | 34 |
| II.9.1. Les modalités évolutives..... | 34 |
| II.9.2. Complications | 35 |
| II.9.3. Durée d'hospitalisation..... | 35 |
| II.9.4. Mortalité..... | 35 |
| II.9.5. Age de survenue des décès | 36 |
| II.9.6. Evolution des décès au cours des trimestres..... | 36 |
| II.9.7. La répartition des décès selon le sexe | 36 |
| II.10. Etude analytique | 37 |
| III.DISCUSSION..... | 39 |
| III.1. Données épidémiologiques et sociodémographiques..... | 39 |
| III.2. Antécédents maternels et suivi de la grossesse | 39 |
| III.2.1. Gestité et Parité..... | 39 |
| III.2.2. Suivi de la grossesse | 40 |
| III.2.3. Echographie précoce | 40 |
| III.2.4. Pathologies maternelles au cours de la grossesse..... | 40 |
| III.2.5. Infections urogénitales du troisième trimestre | 41 |
| III.3. Antécédent perinataux | 41 |
| III.3.1. Rupture prématurée des membranes | 41 |
| III.3.2. Antibio prophylaxie maternelle..... | 41 |
| III.3.3. Aspect du liquide amniotique..... | 41 |
| III.3.4. La voie d'accouchement..... | 41 |

| | |
|--|-----------|
| III.3. 5. Cri à la naissance | 42 |
| III.3.6. Maturité : | 42 |
| III.3.7. Trophicité: | 42 |
| III.4.Données cliniques..... | 42 |
| III.4.1.Conditions de transfert | 42 |
| III.4.2.Constantes à l’admission | 43 |
| III.4.3.Diagnostic à l’admission | 43 |
| III.4.4.Mortalité | 43 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 47 |
| REFERENCES | 53 |

INTRODUCTION

La morbidité néonatale est le nombre de malade ou la somme des maladies enregistrées pendant la période néonatale (0 à 28 jours), s'exprimant sous forme d'incidence ou de prévalence [1,2]. Quant à la mortalité néonatale, elle représente le nombre de décès survenus durant les 28 premiers jours de vie rapporté à 1000 naissances vivantes [1].

La morbidité et la mortalité néonatales constituent un problème de santé publique majeur dans les pays en développement. Rien qu'en 2019 plus de cinq millions d'enfants sont décédés dans le monde avant leur cinquième anniversaire et la moitié de ces décès concernait les nouveau-nés[2]. Selon le rapport « Levels-and-trends-in-child-mortality-IGME-

English_2020 » 5,2 millions d'enfants de moins de cinq ans sont décédés dans le monde. Parmi les décès d'enfants de moins de cinq ans, 2,4 millions (47%) ont eu lieu au cours du premier mois de la vie. Environ 6 700 nouveau-nés sont décédés chaque jour en 2019 [3,4].

Plus des deux tiers des décès néonataux ont lieu au cours de la première semaine de vie, et environ un million de nouveau-nés meurent dans les premières 24 heures [3,4,5].

Les décès survenus au cours du premier mois de vie, qui sont pour la plupart évitables, représentent 47 % du nombre total de décès chez les enfants de moins de cinq ans [2]. Ces chiffres effrayants constatés dans la mortalité néonatale sont marqués par une disparité en fonction des différentes régions du globe. En moyenne, les pays à revenu élevé présentent un taux de mortalité néonatale de trois pour 1 000, contre 27 pour 1 000 dans les pays à revenu faible. La majorité de ces décès survient en Afrique subsaharienne. Parmi les 10 pays affichant les taux de mortalité néonatale les plus élevés, huit se trouvent en Afrique subsaharienne et deux en Asie du Sud[3,6]. Pourtant Si les pays à revenu faible parvenaient à réduire leur taux de mortalité néonatale jusqu'à se situer au niveau de ceux à revenu élevé, la vie de 16 millions de nouveau-nés pourrait être épargnée d'ici à 2030[3,7].

Au Sénégal, selon le rapport de l'enquête démographique et sanitaire continue (EDSc) de 2018, les tendances de la mortalité des enfants au cours des vingt et une dernières années montrent globalement une baisse du niveau de la mortalité, particulièrement jusqu'à 2014 quelque que soit la composante de la mortalité[4]. Par contre, à partir de 2014, on note un ralentissement de cette tendance ainsi que des variations plus irrégulières.

De 1997 à 2018, le quotient de mortalité néonatale est passé de 37 pour mille à 23 pour mille, soit une baisse de 38 %[4,8,9].

Au Centre hospitalier national de Pikine, la néonatalogie du service de pédiatrie reçoit des « inborns » et des « out Born » dans ses différentes unités. Ainsi en 2012, une étude réalisée portant sur la mortalité néonatale mettait en évidence un taux de mortalité néonatale de 33 %[6]. Le même travail réalisé au service de néonatalogie du centre hospitalier universitaire (CHU) Abass Ndao retrouvait également un taux similaire (22,4%)[8].

Durant ces dernières décennies beaucoup d'efforts ont été consentis dans la santé des enfants et des nouveau-nés. Malgré les initiatives entreprises au niveau international et national, les statistiques demeurent alarmantes et invitent à tirer les leçons des expériences conduites pour l'atteinte globale de l'objectif de développement durable 3.2 d'ici 2030.

Les principales causes de la morbidité et de la mortalité sont liées à un mauvais suivi de la grossesse et souvent un retard de consultation au niveau des structures de références comme le CHN de Pikine situé dans la banlieue dakaroise accueillant une population caractérisée par un bas niveau socioéconomiques. Les problèmes liés à cette morbi-mortalité néonatale sont multifactoriels, impliquant des facteurs gyneco-obstetricaux, médicaux, environnementaux, socio-économiques, qui interagissent entre eux et pouvant influencer sur la grossesse, accouchement et le devenir du nouveau-né.

C'est dans ce contexte, que s'inscrit cette étude dont les objectifs étaient de :

Objectif général :

- Evaluer la morbi-mortalité néonatale au service pédiatrique de l'hôpital de l'hôpital de Pikine du 01 Janvier au 31 décembre 2019.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques;
- Décrire les caractéristiques cliniques ;
- Décrire les modalités évolutives des nouveau-nés ;
- Déterminer la mortalité et les causes de décès
- Identifier les facteurs pronostiques associés à cette morbi-mortalité ;

MATERIELS ET METHODES

I MATERIELS ET METHODES

I.1. Cadre de l'étude

Notre étude a eu pour cadre le service de pédiatrie Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP).

Le service dispose d'une unité de néonatalogie, au sein de maternité et de la pédiatrie qui permettent d'admettre les nouveau-nés souffrant de pathologies et nés à l'hôpital (inborns) .La salle des NOURRISSONS permet d'admettre les nouveau-nés malades venant de l'extérieur.

Au niveau de ces unités, sont admis des nouveau-nés à terme ou prématurés, avec ou sans faible poids de naissance quelle que soit la pathologie présentée. La capacité totale de ces trois unités néonatales est d'environ 30 places.

Par ailleurs, le service dispose d'une unité pour les grands enfants, d'une unité de consultation avec deux boxes et d'une unité d'urgence pédiatrique nouvellement installée d'une capacité de cinq places.

Le service dispose également d'une unité de préparation nutritionnelle. Une équipe médicale et paramédicale, fonctionnant selon un système de garde et d'astreintes médicales et de permanences paramédicales sur des postes de 12 heures.

L'équipe comprend un Professeur titulaire et un Professeur agrégé de pédiatrie, un chef de clinique-assistant, quatre pédiatres Praticiens Hospitaliers, des D.E.S en pédiatrie, une surveillante de service et un personnel paramédical composé d'infirmiers d'Etat, d'aides infirmiers et d'aides-soignants, de filles de salle et d'un garçon de salle.

Concernant le plateau technique, le matériel comprend, des moniteurs de surveillance, des appareils de photothérapie dont un tunnel, des pousse-seringues électriques, des aspirateurs, des extracteurs d'oxygène, des dispositifs CPAP artisanales..... Un certain nombre de consommables essentiels sont également disponibles. Les examens de biologie classiques (urémie, créatininémie, ionogramme sanguin, glycémie, protidémie, calcémie, phosphorémie, uricémie,

hémogramme, crase sanguine), sont réalisés au niveau du laboratoire de l'hôpital et sont disponibles en règle 24H/24 même si nous sommes confrontés régulièrement à des ruptures de réactifs .

Les explorations radiologiques, même si elles sont disponibles pour la plupart ,elles sont réalisées tardivement chez les nouveau-nés instables car la radio mobile n'est pas accessible dans toutes les unités de néonatalogie. Cependant l'échographie et la TDM sont disponibles à la garde

I.2. Type d'étude Période d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur la période allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2019(soit 1 an).

I.3. Population d'étude.

□ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les nouveau-nés âgés de 0-28 jours hospitalisés dans le service en 2019 en néonatalogie.

□ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tout nouveau-né décédé à l'arrivée
- Tout dossier dont les données étaient insuffisantes et/ou inexploitable

I.4. Recueil des données

Pour tous les nouveau-nés hospitalisés durant l'année d'étude, les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation et consignées sur des fiches de recueil de données établies à cet effet (Voire en annexe).

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- Sociodémographiques et épidémiologiques : âge à l'admission, niveau socioéconomique des parents, profession des pères, adresse et provenance, date d'hospitalisation

- Antécédents familiaux et maternels : âge maternel, geste, parité, notion de consanguinité, tares familiales, antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux maternels
- Paramètres de la grossesse : suivi de la grossesse (CPN, échographies obstétricales, le travail, l'accouchement, pathologies maternelles aux cours de la grossesse.
- Données à l'accouchement : lieu, terme, voie, présentation, durée de rupture de la poche des eaux, durée du travail, adaptation néonatale (cri à la naissance, APGAR), notion de réanimation, poids de naissance, trophicité
- les données postnatales : mode d'admission, motifs d'admission, conditions de référence, état à l'arrivée, complications, moyens de prise en charge
- données concernant le décès : âge de décès; délai du décès, cause du décès, mois ou trimestre
- Evolution de l'hospitalisation : durée, complications, transfert, séquelles.....

I.5. Analyses statistiques

- Le masque de saisie a été réalisé sur SPHINX (version V5)
- Les données ont été analysées à partir du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 23. Les résultats seront présentés sous forme de moyennes et d'écart-types pour les paramètres quantitatifs et sous forme de pourcentages pour les paramètres qualitatifs.
- Le seuil de significativité était retenu pour une p-value < 0,05. (Test du Khi deux)

II. RESULTATS

II.1. Etude descriptive

II.1.1. Données épidémiologiques et socio-démographiques

Durant la période de l'étude (1 an) 1198 enfants ont été hospitalisé dans le service dont les 500 étaient des nouveau-nés (soit une incidence 41,7%).

II.1.1.1. Répartition des nouveaux nés selon le sexe

On note une prédominance masculine (n=218) avec un sex ratio à 1,29

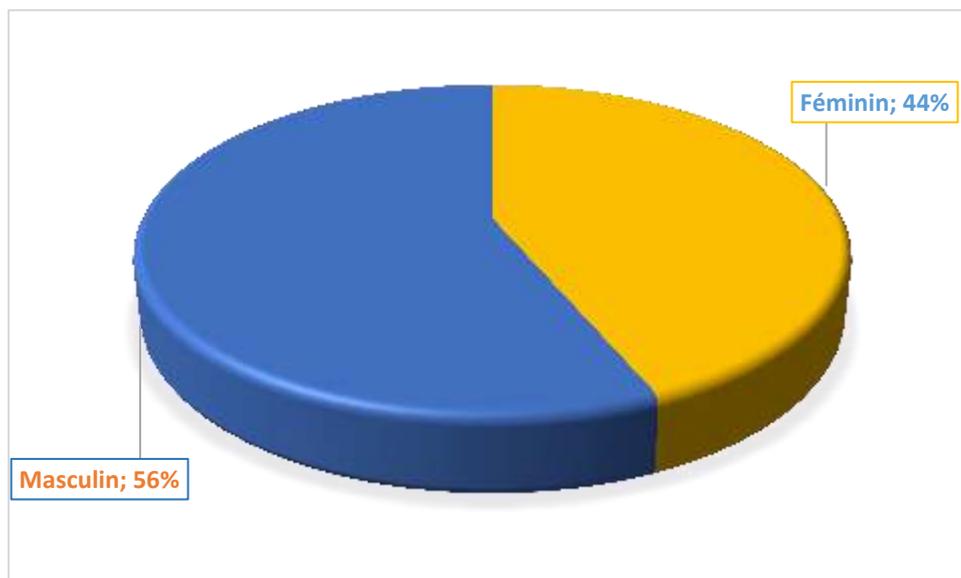


Figure 1 : Répartition des nouveau-nés selon le sexe

II.1.1.2 Répartition des nouveaux nés selon l'âge à l'admission :

La majorité (93%) des nouveau-nés était admise dans la première semaine de vie avec des extrêmes allant de 0 à 27 jours avec une moyenne de 1,6 jours à l'admission

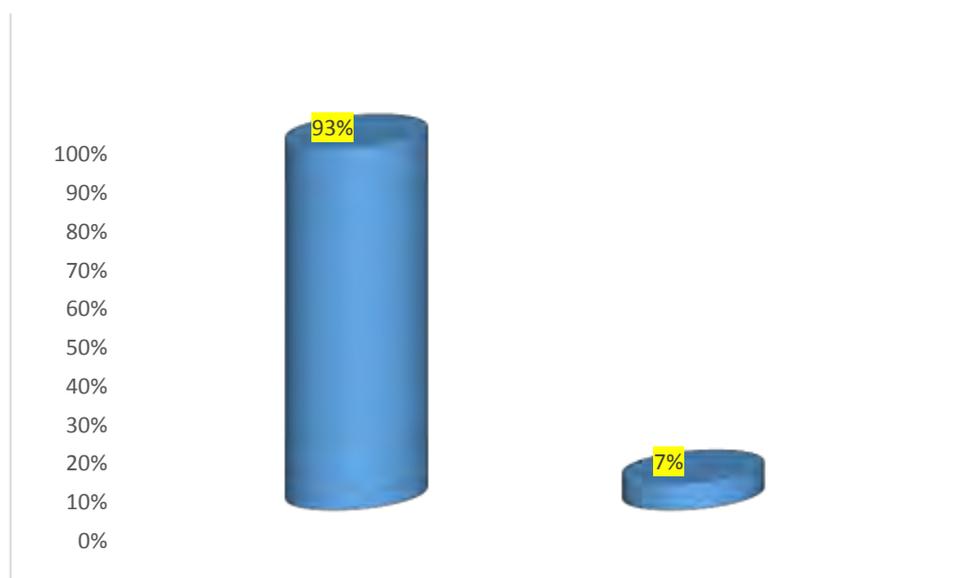


Figure 2 : Répartition des nouveaux nés selon l'âge à l'admission

II.1.3. Répartition des nouveaux nés selon la provenance des mères

La majeure partie des mères provenait de la banlieue 86%(n=369)

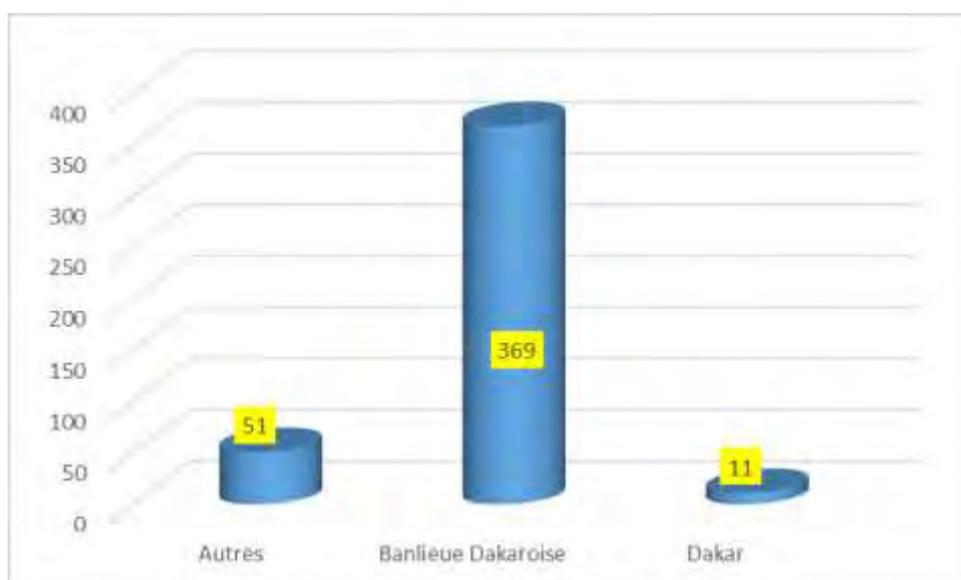


Figure 3 : Répartition des nouveau-nés selon la provenance des mères

II.1.4. Mode d'admission

La majorité des nouveau-nés (n=340 soit 68%) était des inborns.

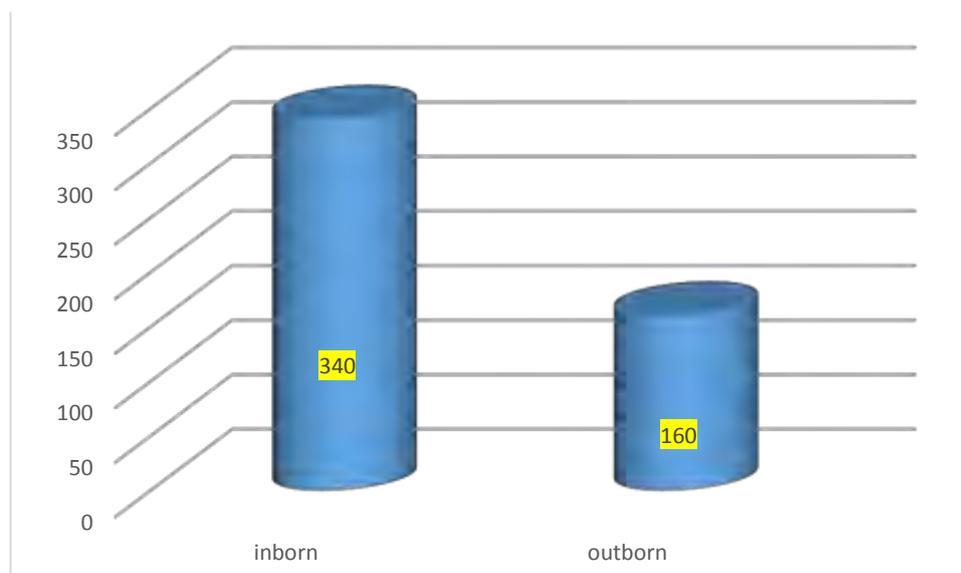


Figure 4 : Répartition des patients selon le mode d'admission

II.1.5. Répartition selon l'âge maternel à l'admission

La moitié (n=246 soit 49%) des mères était dans la tranche d'âges des 26-35 ans avec des extrêmes allant de 15 à 48 ans.

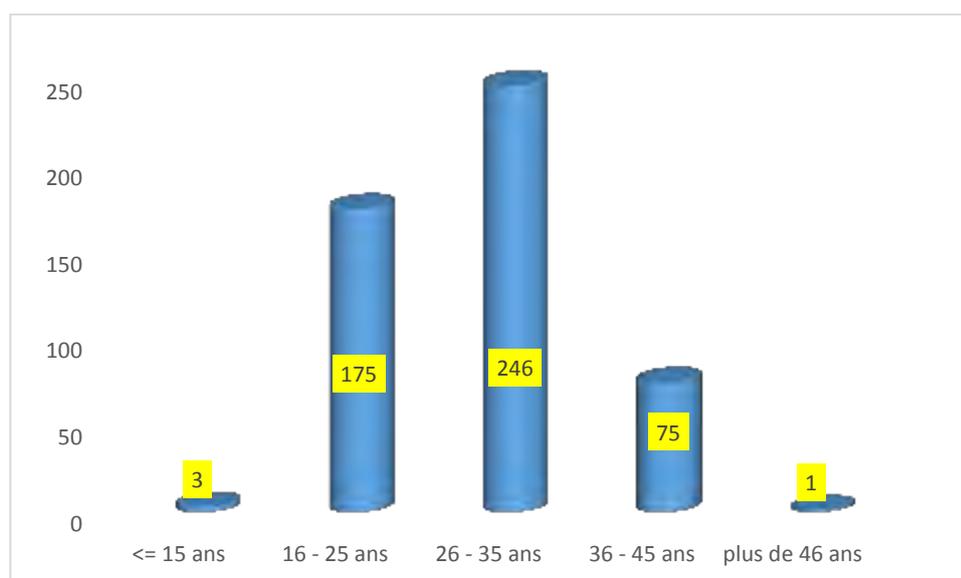


Figure 5 : Répartition selon l'âge maternel à l'admission

II.2. Antécédents maternels et suivi de la grossesse

II.2.1. Mode de vie

Seul quatre cas de consommation d'alcool ont été rapportés

Les autres aspects (tabac, travail physique astreignant, géographie.....) n'ont pu être documentés

II.2.2. Gestité et parité

Les primigestes (n=184) et primipares (181) étaient majoritaires avec respectivement 37 et 36,5%

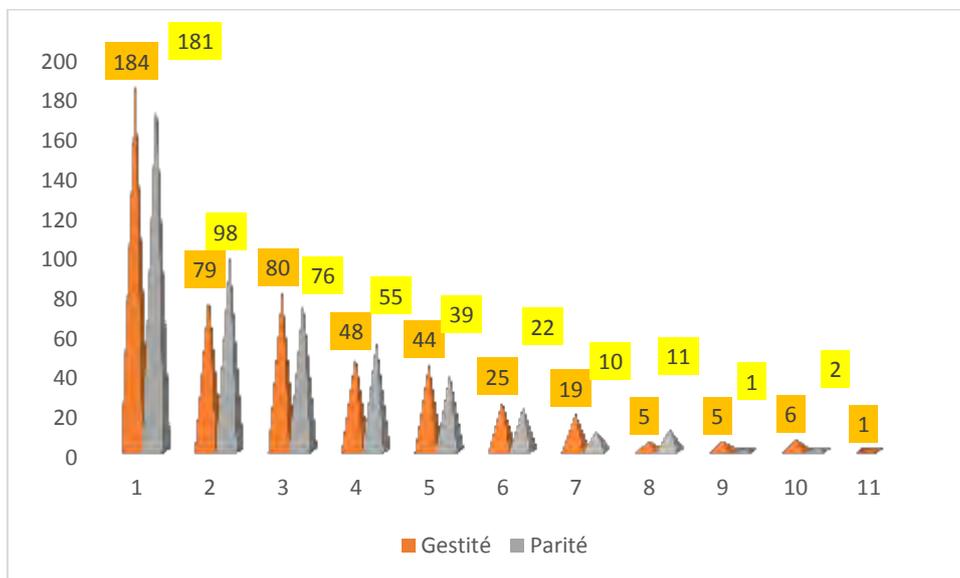


Figure 6 : Répartition des patients selon la gestité et la parité

II.2.3. Antécédents d'avortement

La grande majorité des femmes (n=313) n'avait pas d'antécédents d'avortement, cependant 51 (14,2%) avaient subi entre 1 et 2 avortements.

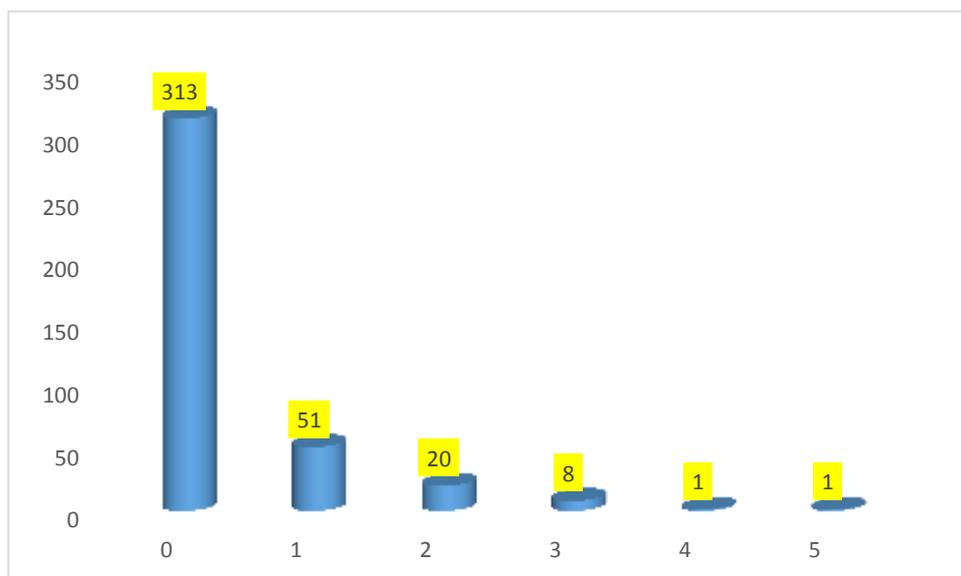


Figure 7 : Répartition des mères selon les avortements

II.2.4. Antécédent d'accouchement prématuré

Les mères avaient un antécédent d'accouchement prématuré dans 21% des cas

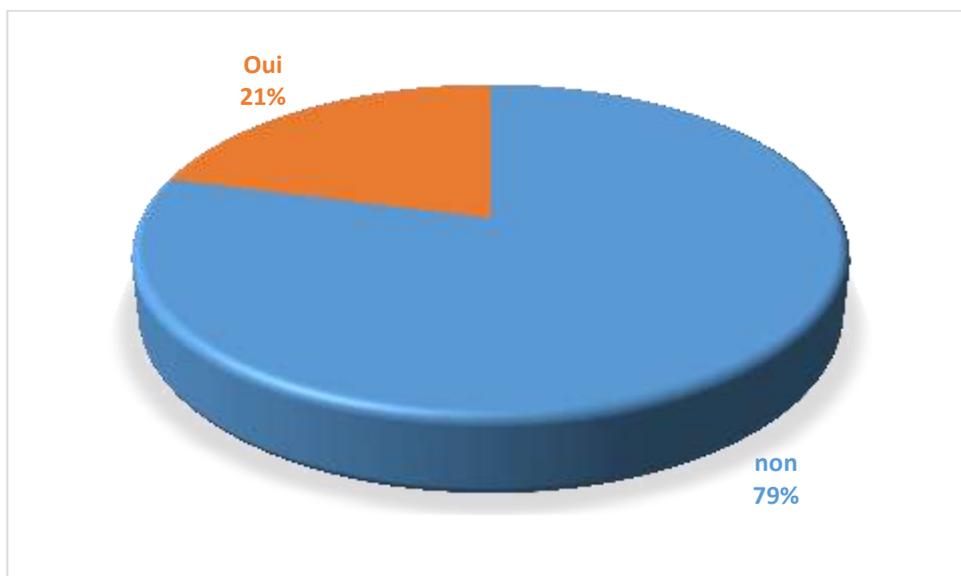


Figure 8 : Répartition des mères selon les antécédents d'accouchement prématuré

II.2.5. Antécédents de pathologies maternelles chroniques

Les antécédents de pathologies maternelles chroniques étaient retrouvés dans 5% des cas (n=23).

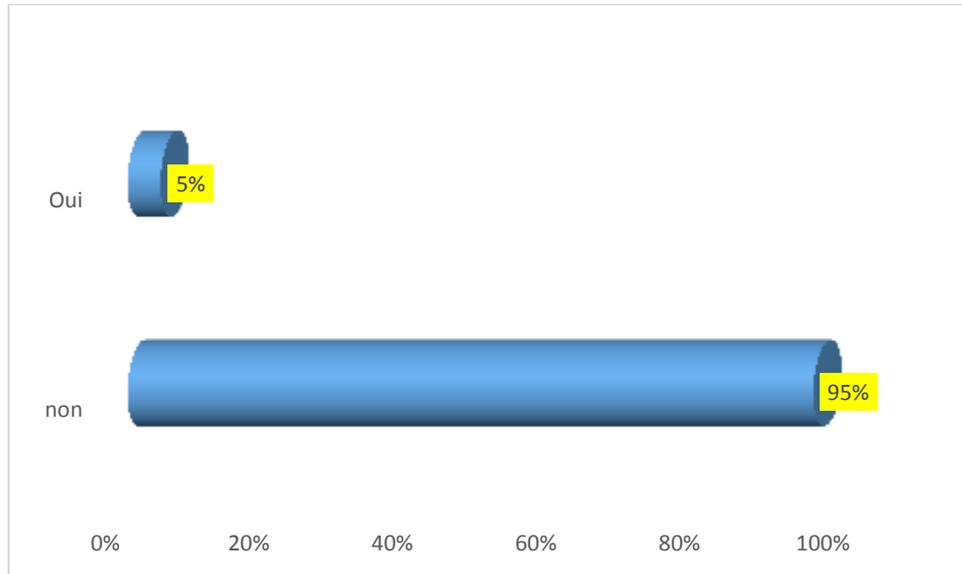


Figure 9 : Répartition des mères selon les antécédents de pathologies chroniques

▪ Types de pathologies chroniques

Les pathologies maternelles les plus retrouvées étaient l'HTA, la drépanocytose et le diabète avec une nette prévalence de l'HTA dans 43,4% des cas.

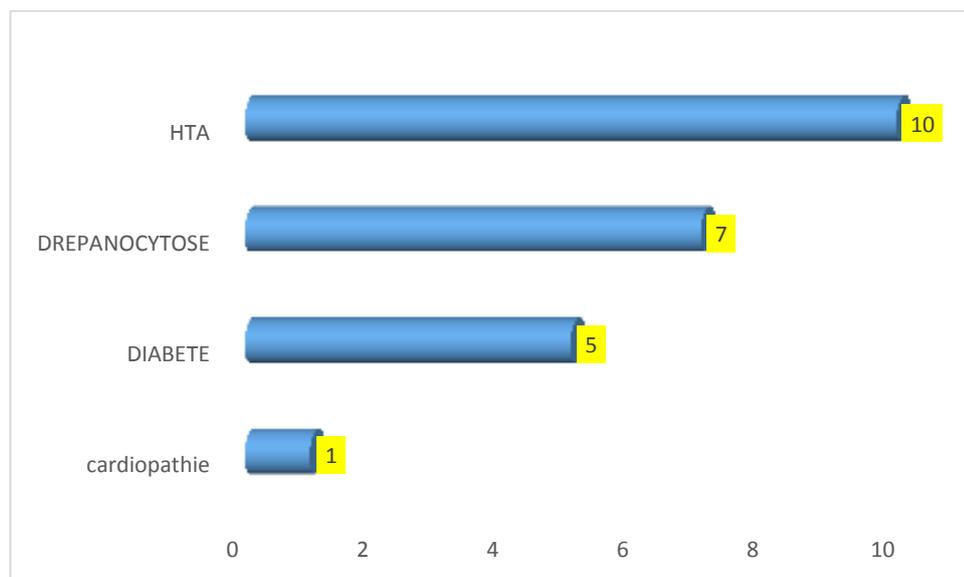


Figure 10 : Répartition des mères selon les pathologies chroniques

II.2.6. Antécédents obstétricaux

Les antécédents obstétricaux étaient retrouvés chez 9%(n=21) des femmes seulement

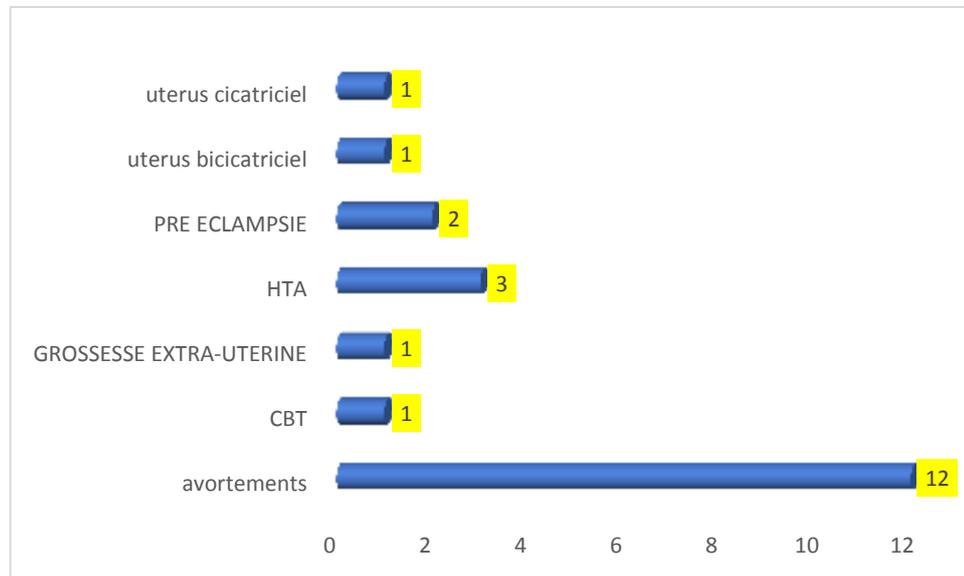


Figure 11 : Répartition des mères selon les antécédents obstétricaux

II.2.7. Nombre de CPN, TPI et VAT

241 mères (49%) avaient bénéficié de 4 CPN, cependant 26 mères (5%) n'avaient réalisé qu'une CPN

La majorité des femmes (n=350) soit 80 % avait reçu entre 2 et 3 doses de sulfadoxine-pyriméthamine

47 % des femmes (n=219) avaient fait 2 VAT et dans 7% des cas (n=35) les mères n'avaient reçu aucune dose de VAT

Tableau I : Nombre de CPN, TPI et VAT

| Nombre | CPN | TPI | VAT |
|---------------|------------|------------|------------|
| 0 | 1% (n=7) | 11%(n=58) | 7%(35) |
| 1 | 5%(n=26) | 18%(n=90) | 9%(45) |
| 2 | 14%(n=69) | 40%(n=197) | 44%(219) |
| 3 | 26%(n=131) | 31%(n=155) | 15%(76) |
| 4 | 49%(n=241) | | 12%(58) |
| 5 | 5%(n=26) | | 13%(67) |

II.2.8. Sérologies

La sérologie toxoplasmique était négative dans la majeure partie (87%).La sérologie rubéolique était non faite dans 88% (n=439) et positive dans 2% .La sérologie CMV était non faite dans 97% des cas (n=487) .La sérologie syphilitique était négative dans 68 % des cas (n=341)

L'AgHbs était positif dans 3 % (n=16) et non réalisé dans 42 % des cas

La SRV est positive dans seulement 1% des cas (n=3)

Tableau II : Sérologies

| Sérologies | Positif | négatif | Non fait |
|---------------------|----------------|----------------|-----------------|
| Toxoplasmose | 1%(n=5) | 14%(n=69) | 85%(n=429) |
| Rubéole | 2%(n=8) | 11%(n=63) | 88%(n=439) |
| CMV | 0%(n=0) | 3%(n=13) | 97%(n=487) |
| Syphilis | 0%(n=8) | 68%(n=341) | 32%(n=159) |
| AgHbs | 3%(n=16) | 42%(n=276) | 55%(n=208) |
| SRV | 1%(n=3) | 63%(n=316) | 36%(n=181) |

II.2.9. Echographies obstétricales

81 %(n=403) des mères avaient bénéficié d'une échographie et dans 36 % des cas (n=135) elle était précoce.

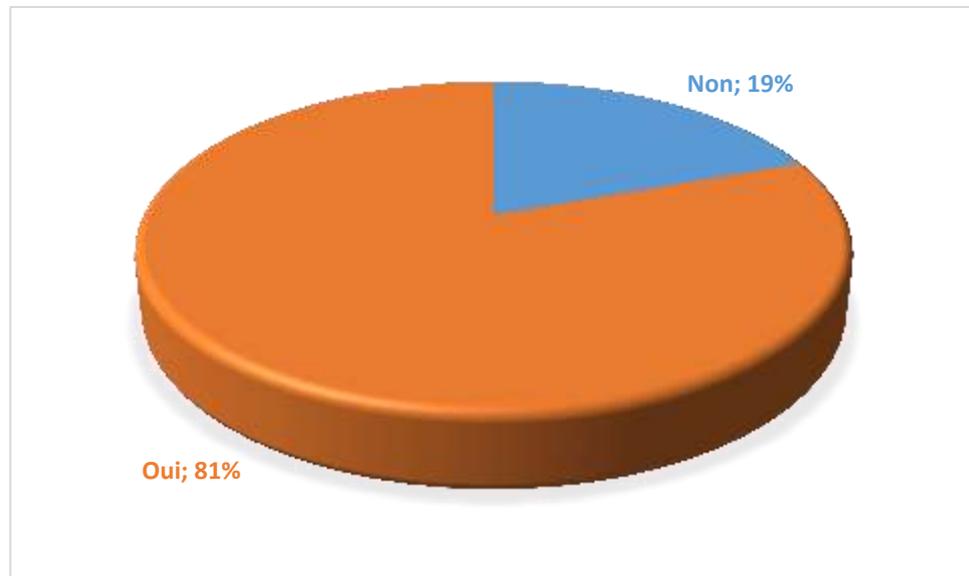


Figure 12 : Répartition des mères selon les échographies

II.2.10. Pathologies maternelles au cours de la grossesse

Les pathologies maternelles les plus courantes étaient l'HTA, la pré-éclampsie, l'HRP et le diabète

Tableau III : Pathologies maternelles au cours de la grossesse

| Notionde_pathologie_maternelles1 | Effectifs | Pourcentage(%) |
|---|------------------|-----------------------|
| Pré-éclampsie | 78 | 38,5 |
| HTA | 29 | 14,5 |
| HRP | 15 | 7 |
| Uterus cicatriciel | 15 | 7 |
| Diabète | 13 | 6,5 |
| Chorioamniotite | 9 | 4,5 |
| oligoamnios | 9 | 4,5 |
| fibrome | 8 | 3 |
| hydramnios | 8 | 3 |
| PP | 6 | 2,5 |
| PCO | 4 | 2 |
| Anemie | 4 | 2 |
| Asthme | 2 | 1 |
| Pneumopathie | 2 | 1 |
| VIH | 2 | 1 |
| Procidence de la main | 1 | 0,5 |
| Dystocie mécanique | 1 | 0,5 |
| Dystocie dynamique | 1 | 0,5 |
| Tumeur mammaire | 1 | 0,5 |
| Total | 208 | 100 |

II.2.11. Menace d'accouchement prématuré

On notait la menace d'accouchement prématuré dans 17 %(n=77) des cas

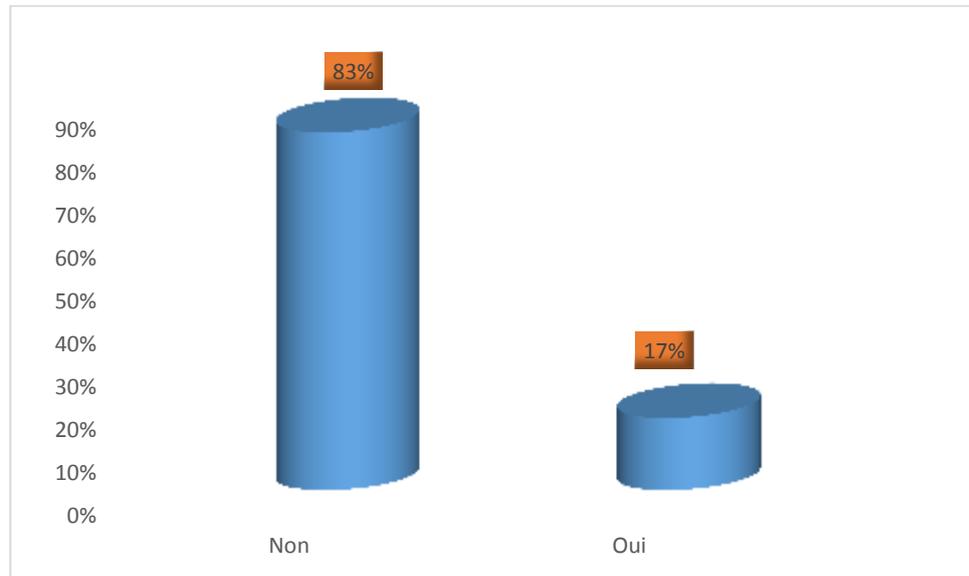


Figure 13 : Répartition des mères selon la Menace d'accouchement prématuré

II.2.12. Corticothérapie anténatale

La corticothérapie était instaurée dans 10 %(n=38) des cas

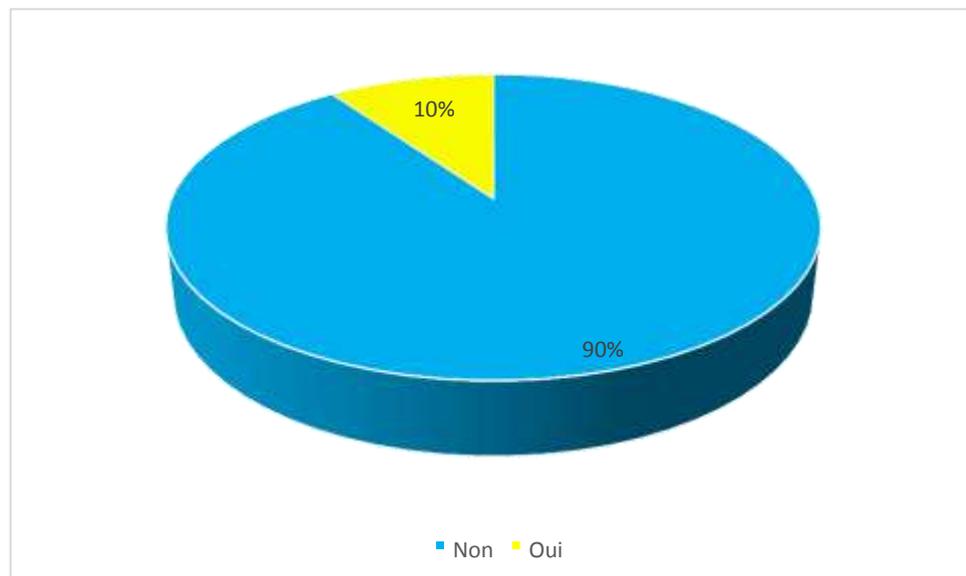


Figure 14 : Répartition des mères selon la Corticothérapie anténatale

II.2.13. La notion de tocolyse

Cette notion de tocolyse pour les menaces d'accouchement prématuré n'a été rapportée que dans 1% (n=4) des cas.

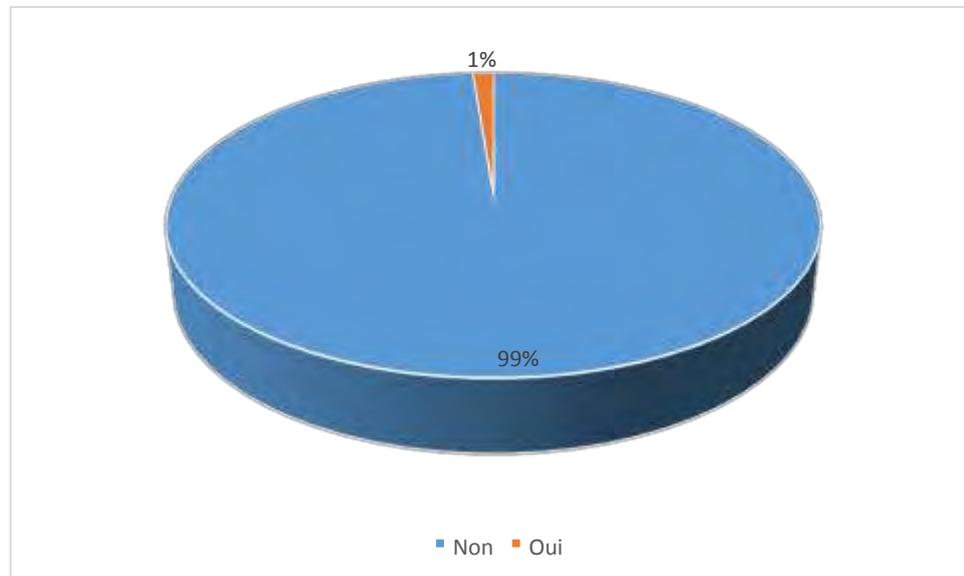


Figure 15 : Répartition des mères selon la notion de tocolyse

II.2.14. Administration de sulfate de magnésium maternel

Seules 1 % (n=4) des mères ont bénéficié de l'administration de sulfate de magnésium en situation de risque d'accouchement prématuré

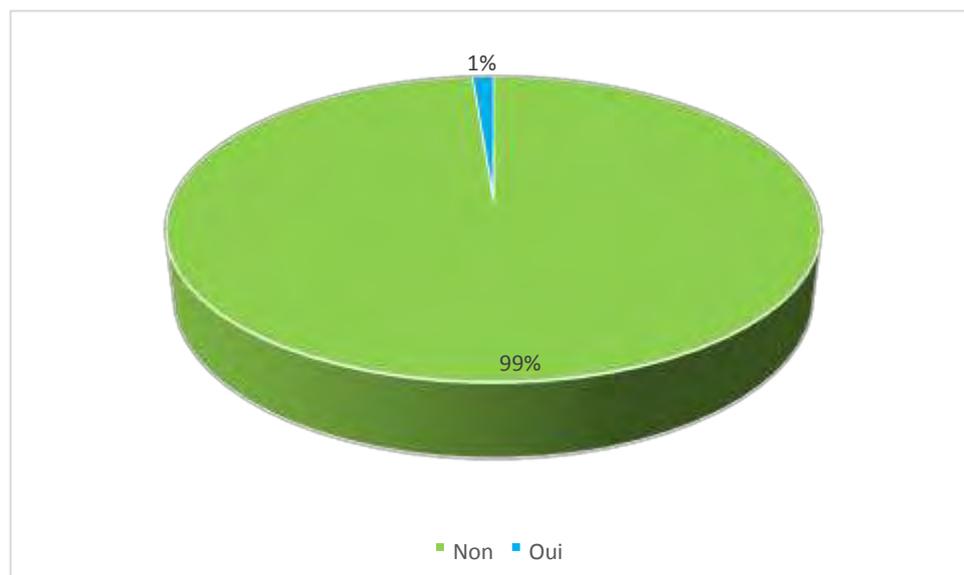


Figure 16 : Répartition des mères selon l'administration de sulfate de magnésium

II.2.15. Infection urogénitale du troisième trimestre et traitements

21 % (n=92) des mères présentaient une infection urogénitale au troisième trimestre.

Parmi elles, seules le quart (n=23) a bénéficié d'un traitement oral ou local

Tableau IV : Répartition des mères selon la notion Infection urogénitale du troisième trimestre et traitements

| IUG | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|------------------|--------------------|
| Non | 349 | 79% |
| Oui | 92 | 21% |
| Total | 441 | 100% |

II.3. Antécédents prénataux

II.3.1. Durée du travail

La durée moyenne du travail est de 7,6h avec des extrêmes de 1 et 48 heures

II.3.2. Notion de RPM

39 % des mères (n=115) présentaient une rupture prématurée des membranes et la durée était supérieure à 12h dans 60 % (n=69) des cas

II.3.3. La notion d'antibioprophylaxie maternelle

18 % des mères (n=51) ont bénéficié d'une antibioprophylaxie

II.3.4. L'aspect de liquide amniotique

Le liquide amniotique était teinté dans 37% (n=91) et monial dans 7%(n=7) des cas.

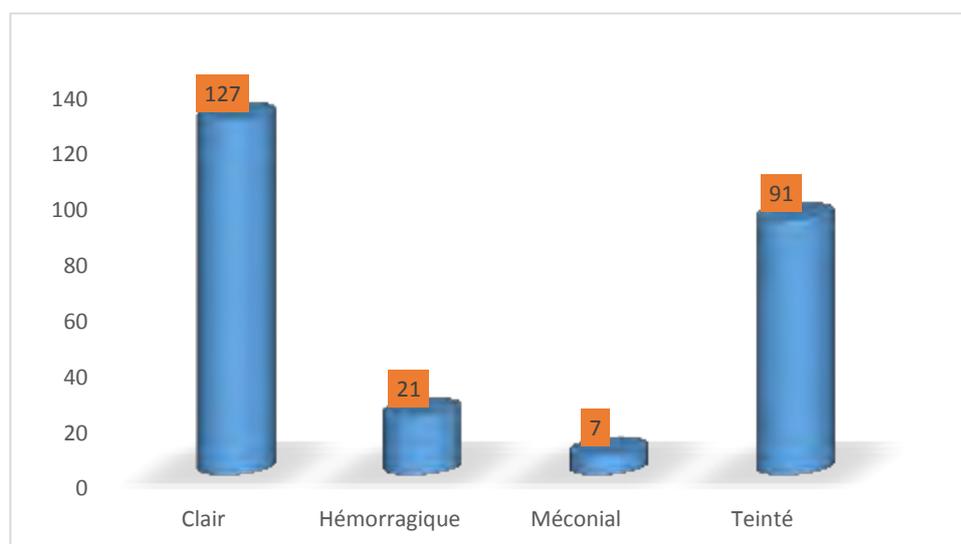


Figure 17 : Répartition des mères selon l'aspect de liquide amniotique

II.3.5. Mode de présentation

La présentation était précisée dans seulement 42 % (n=211) et elle était céphalique dans 87%(n=184) et de siège dans 13% (n=27) des cas.

II.3.6. Mode d'accouchement

L'accouchement était effectué dans 59 % des cas (n=295) par voie basse.

II.3.7. La notion de cri à la naissance

Un peu plus du quart des nouveau-nés (n=135) n'avaient pas crié à la naissance

II.3.8. La notion de réanimation à la naissance

26 % des nouveau-nés (n=129) ont été réanimés avec une durée moyenne de 16 minutes et des extrêmes de 1 à 60 minutes

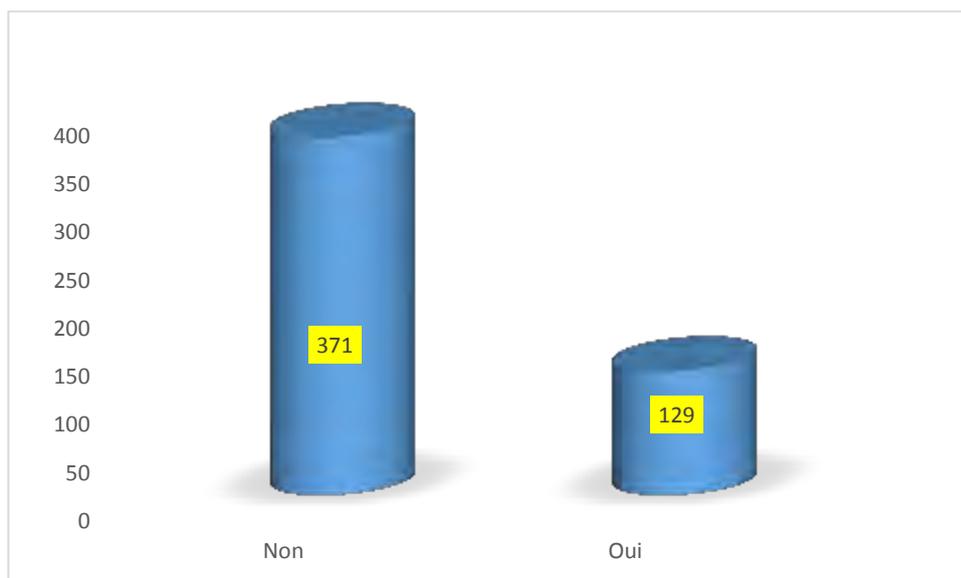


Figure 18 : Répartition des nouveau-nés selon la notion de réanimation à la naissance

II.3.9. Le score d'APGAR

Le score d'APGAR moyen à M1 et M5 était 7

II.3.10. Terme de la grossesse

Plus de la moitié des nouveau-nés étaient nés à terme (n=231), cependant 43% (n=187) de prématurité est noté.

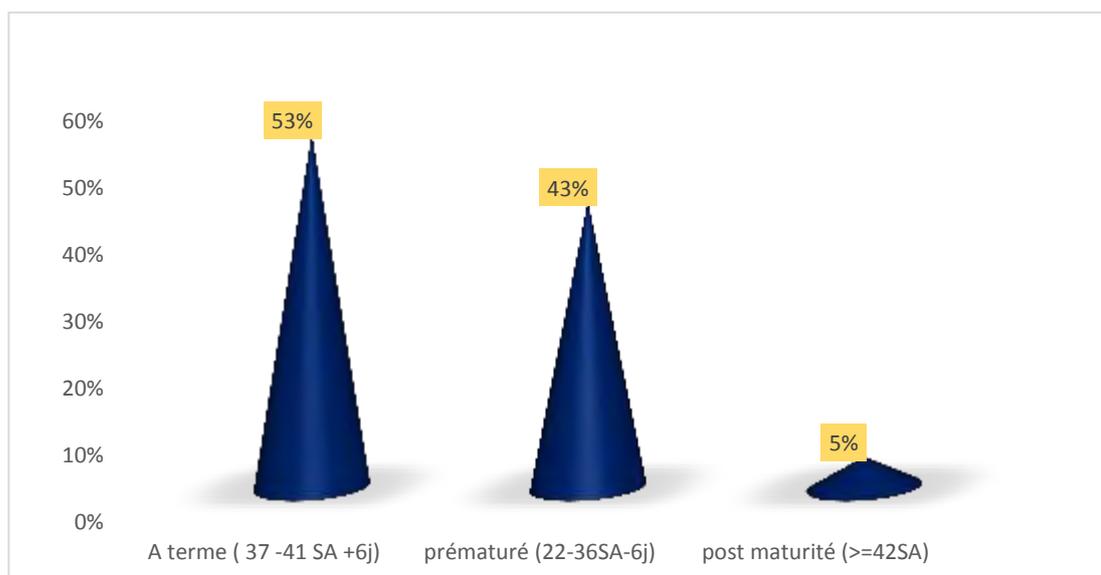


Figure 19 : Répartition des nouveau-nés selon le Terme de la grossesse

Classification de la prématurité

La grande prématurité était plus représentée à 45 %(n=84)

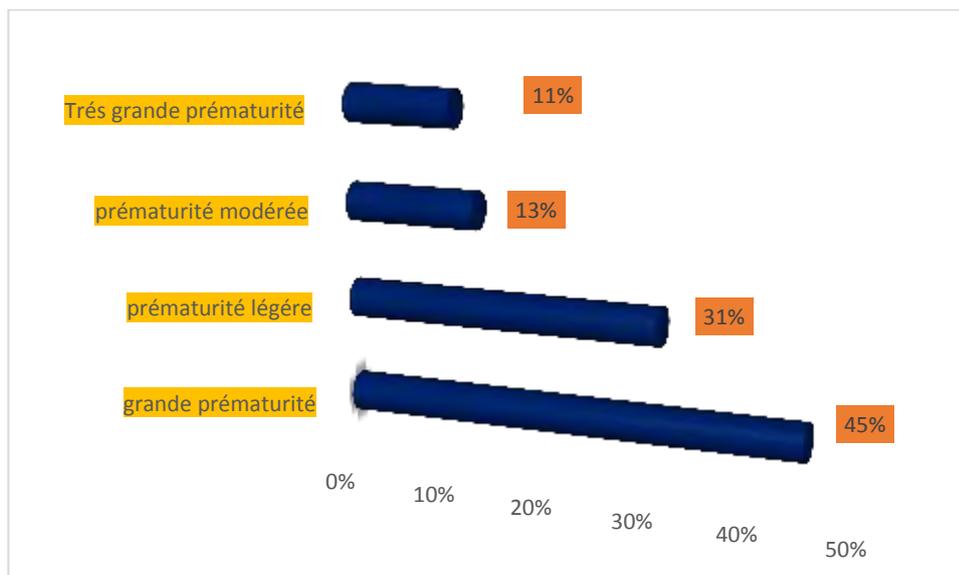


Figure 20 : Répartition des nouveau-nés selon la prématurité

II.3.11. Trophicité

Presque la moitié des nouveau-nés (n=202) avaient un retard de croissance intra-utérin

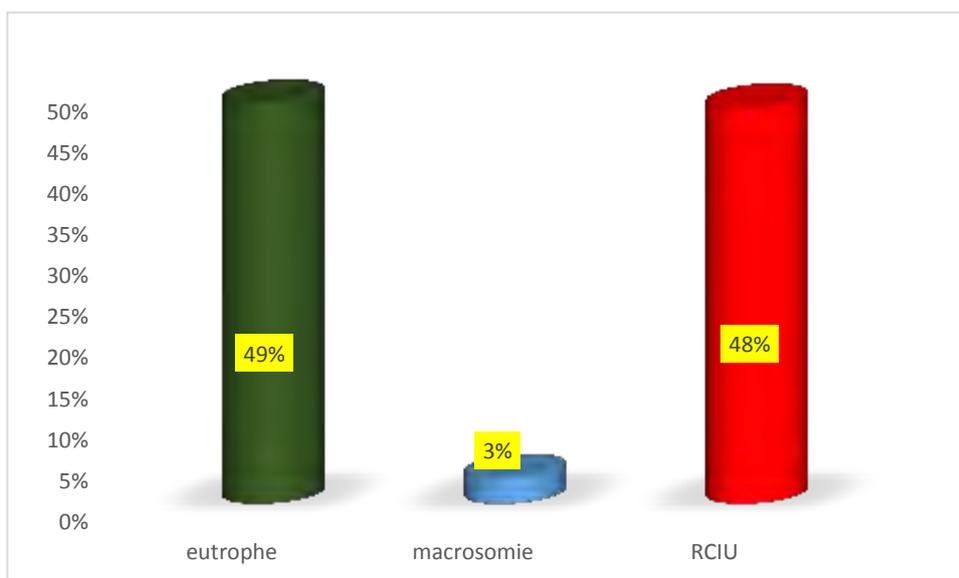


Figure 21 : Répartition des nouveau-nés selon la trophicité

II.4. Antécédents postnataux

II.4.1. SENN

Les soins essentiels du nouveau-né ont été réalisés à 91% (n=455)

II.4.2. Type d'alimentation et mode d'alimentation

L'alimentation était mixte dans 80 % des cas (n=354) et dans 58 % (n=234) elle était faite par sonde

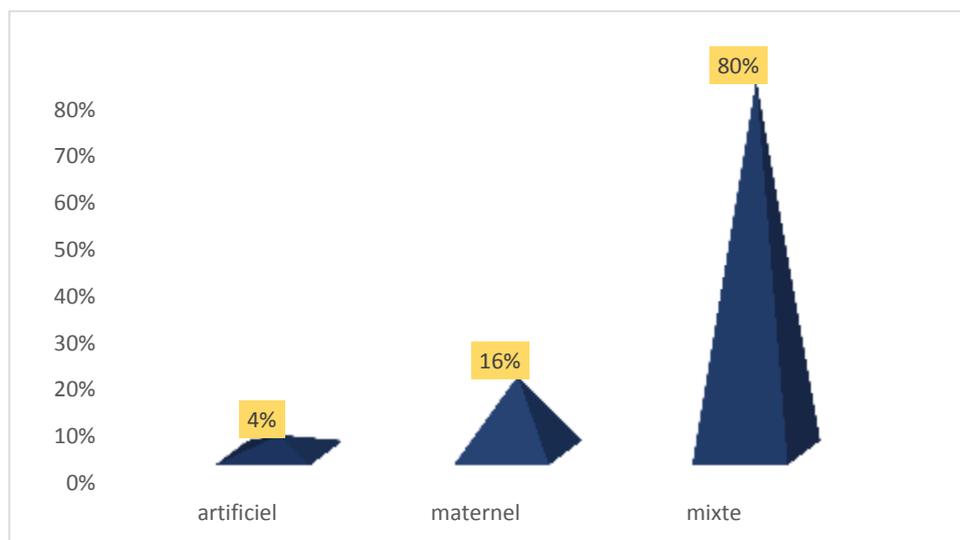


Figure 22 : Répartition des nouveau-nés selon le Type d'alimentation

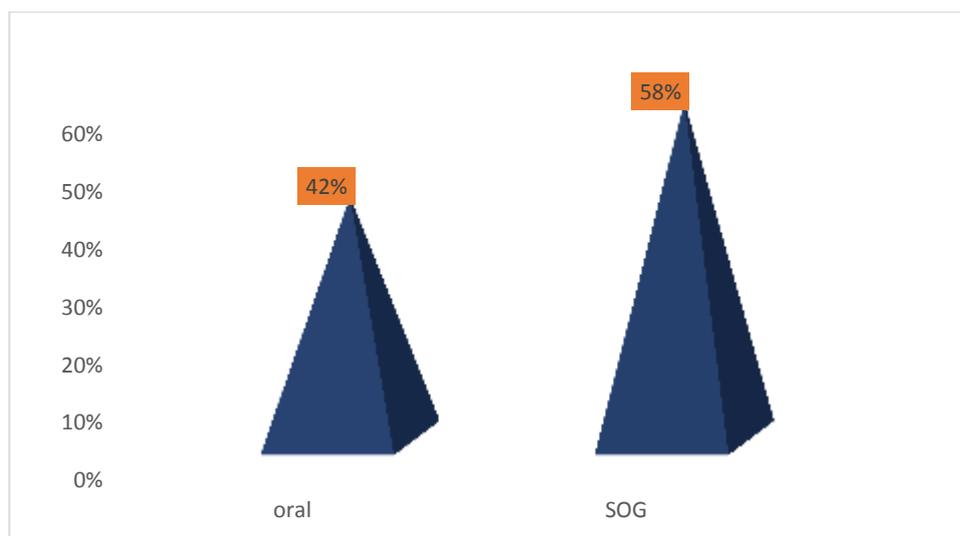


Figure 23 : Répartition des nouveau-nés selon le mode d'alimentation

II.5. Antécédents familiaux

II.5.1. Age des pères

L'Age moyen des pères était de 31,5 ans avec des extrêmes de 29 et 60ans

II.5.2. Catégorie socio-professionnelle des pères

Les professions dominantes étaient les chauffeurs à 29%(n=4) et les maçons à 29 % (n=4)

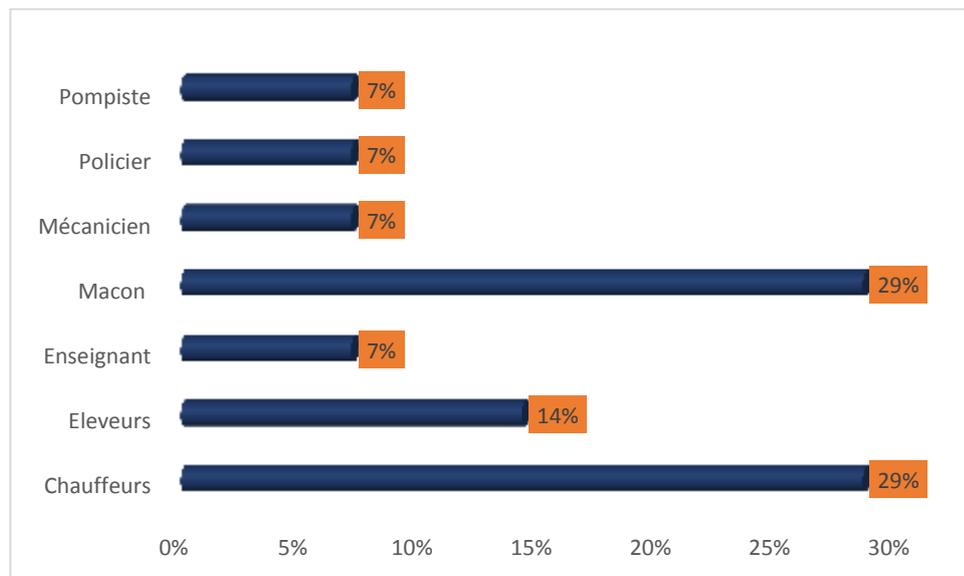


Figure 24 : Répartition des pères selon la Catégorie socio-professionnelle

5.3. Fratrie

31%(n=39) des nouveau-nés étaient les premiers enfants du couple

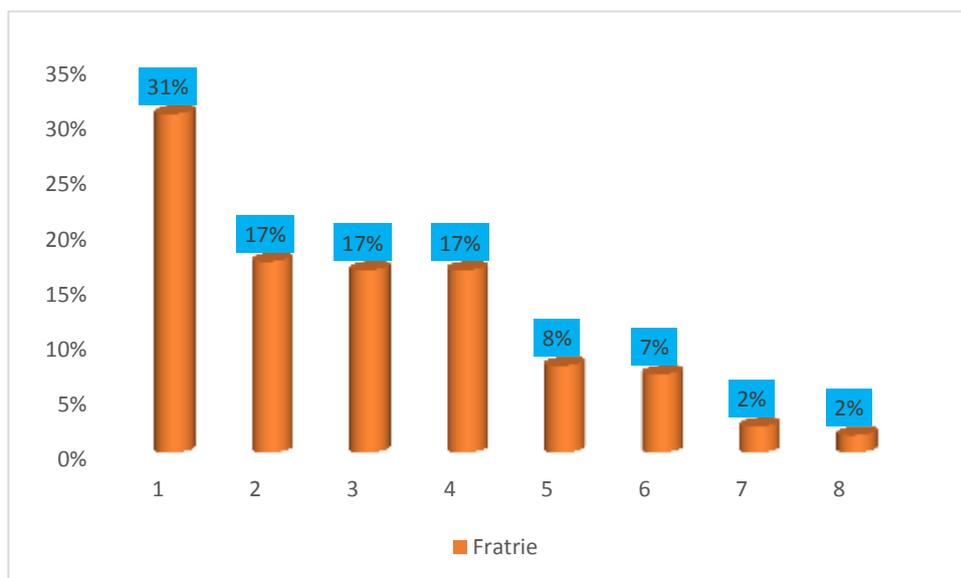


Figure 25 : Répartition des nouveau-nés selon la fratrie

II.5.4. Notion de consanguinité

La notion de consanguinité était dans 4 % (n=20) et 80% (n=16) était au second degré

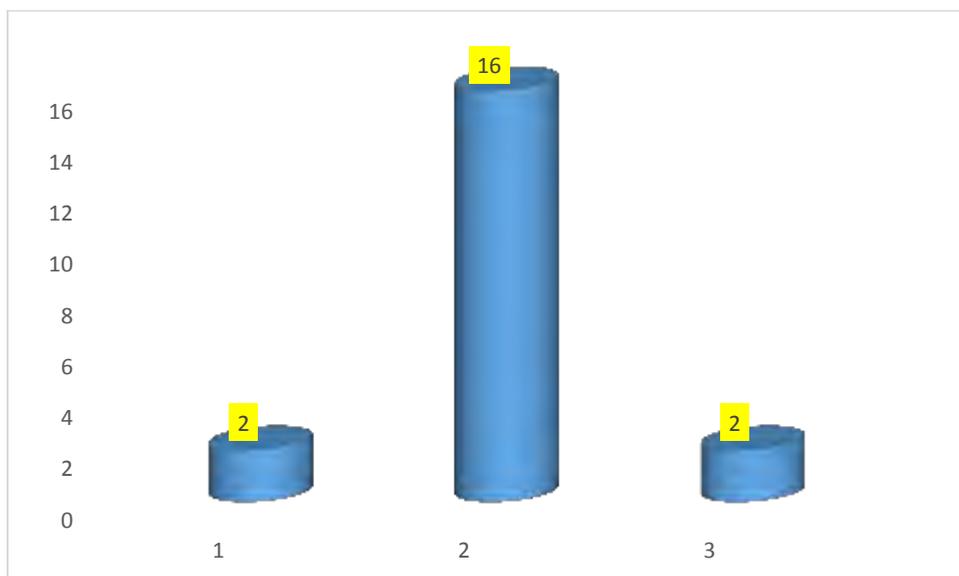


Figure 26 : Répartition des nouveau-nés selon la notion de consanguinité

II.5.5. Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique était bas dans 79% des cas

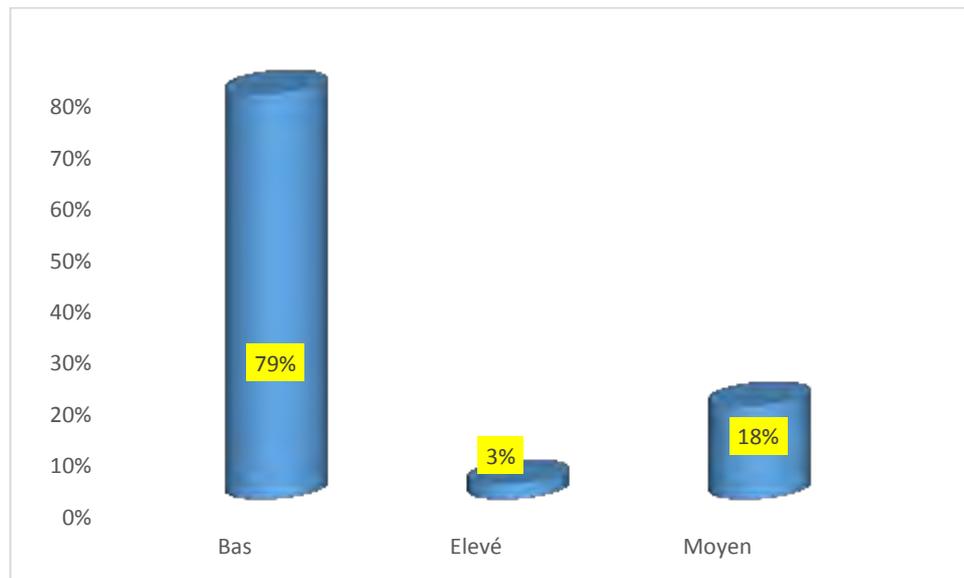


Figure 27 : Répartition des parents selon le niveau socio-économique

II.6. Données cliniques

II.6.1. Motifs de transfert

La détresse respiratoire 38,7% (n=36), la prématurité 16,12% (n=15) et l'absence de cri 14 % (n=13) dominaient les motifs de transfert

Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon motifs de transfert

| Motif | Effectifs | Pourcentage(%) |
|-----------------------|-----------|----------------|
| Détresse respiratoire | 36 | 38,7 |
| Prématurité | 15 | 16 ,12% |
| Absence de cri | 13 | 14 |
| Fièvre | 9 | 9,6 |
| Ictère | 6 | 6,45 |
| Troubles digestifs | 5 | 5,37 |
| INN | 3 | 3,2 |
| Meningite | 1 | 1,07 |
| Saignement ombilical | 1 | 1,07 |
| Total | 93 | 100 |

II.6.2. Conditions de transfert

Le transfert était non médicalisé dans 64 % des cas (n=27)

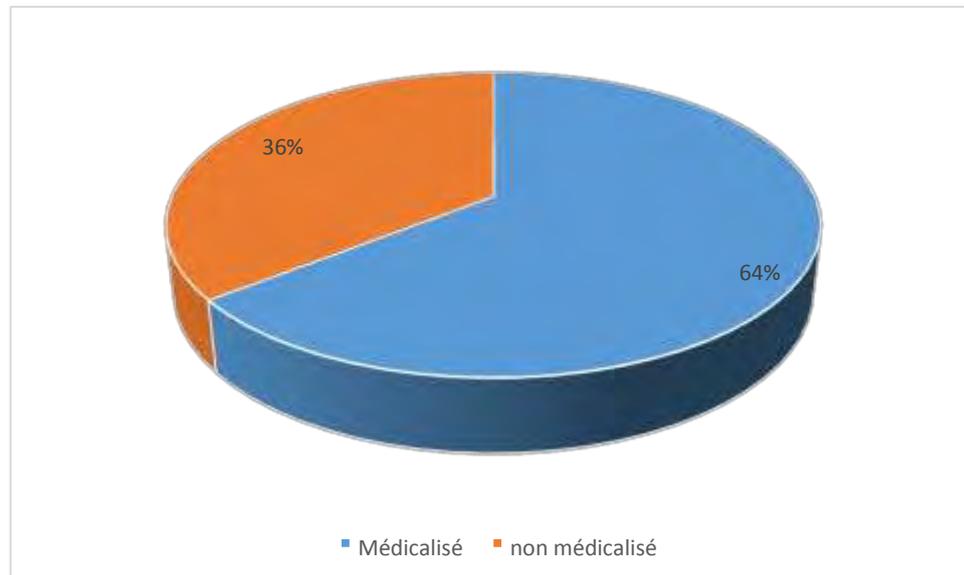


Figure 28 : Répartition des nouveau-nés selon les Conditions de transfert

II.6.3. Les signes cliniques à l'admission

La détresse respiratoire 66% (n=332), l'hypothermie 42% (n=213) et la détresse neurologique 27% (n=136) étaient au devant des tableaux cliniques

Tableau VI : Répartition des nouveau-nés selon les signes cliniques à l'admission

| Signes cliniques | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------|------------------|------------------------|
| détresse respiratoire | 332 | 66 |
| hypothermie | 213 | 42 |
| Détresse neurologique | 136 | 27 |
| Ictère non cholestatique | 40 | 8 |
| Traumatisme obstétrical | 35 | 7 |
| hypoxémie | 28 | 6 |
| Syndrome infectieux | 27 | 5 |
| hypoglycémie | 17 | 3,5 |
| Troubles digestifs | 15 | 3 |
| Syndrome malformatif | 12 | 2,5 |
| anémie | 12 | 2,5 |
| Trouble hémodynamiques | 10 | 2 |
| Déshydratation | 9 | 1,8 |
| dénutrition | 8 | 1,6 |
| Syndrome méningé | 8 | 1,6 |
| cyanose | 5 | 1 |
| pustules | 4 | 0,8 |
| Syndrome hémorragique | 3 | 0,6 |
| hyperglycémie | 3 | 0,6 |
| Souffle cardiaque | 3 | 0,6 |

II.6.4. Diagnostics retenus

Les infection néonatales, l'inhalation de liquide amniotique, la maladie des membranes hyalines l'asphyxie périnatale dominaient respectivement dans 74%(n=371),40%(n=201),22%(n=40) et 20%(n=111)

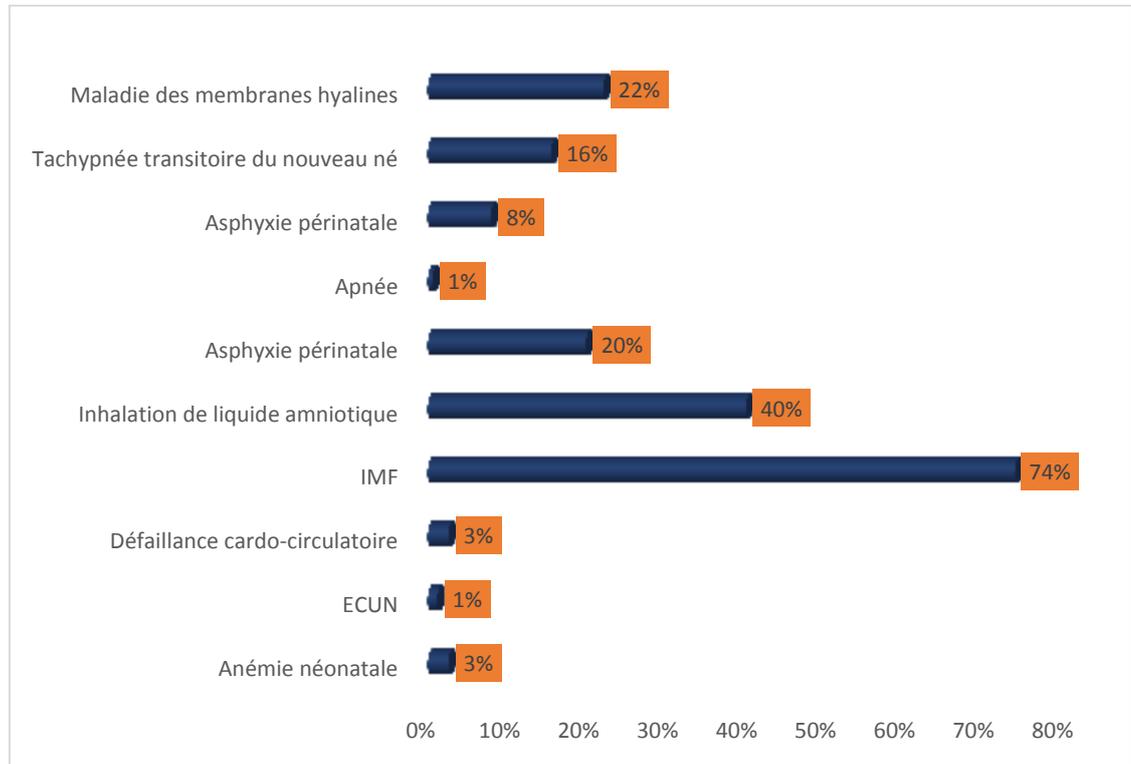


Figure 29 : Répartition des nouveau-nés selon les diagnostics retenus

II.7. Données paracliniques

II.7.1. Les anomalies biologiques

La thrombopénie et l'insuffisance rénale fonctionnelle étaient respectivement à 12% et 7%

Tableau VII : Répartition des nouveau-nés selon les anomalies biologiques

| Anomalie | Effectif | Pourcentage (%) |
|-----------------------------------|-----------------|------------------------|
| Thrombopénie | 53 | 10,6 |
| Insuffisance rénale fonctionnelle | 15 | 3 |
| Leucopénie | 10 | 2 |
| Hypernatremie | 9 | 1,8 |
| Anémie | 8 | 1,6 |
| hyperkaliémie | 7 | 1,4 |

- Pour le LCR on observe 7 cas de méningite sur 13 prélèvements

II.8. Les données thérapeutique

II.8.1. Le support ventilatoire

La CPAP était utilisé dans 62% des cas

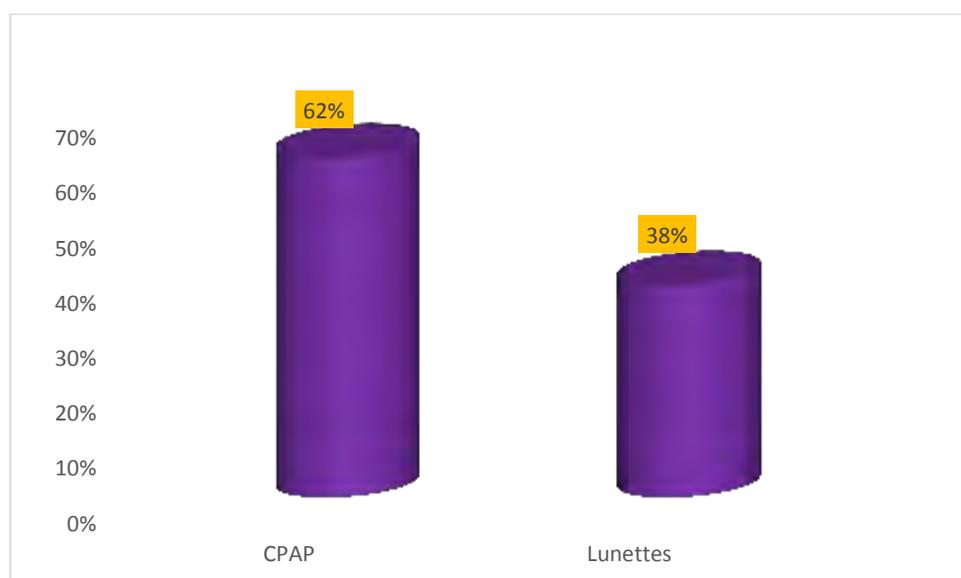


Figure 30 : Répartition des nouveau-nés selon le support ventilatoire

II.8.2. Antibiothérapie

70 % avaient reçu une bi-antibiothérapie et 10% une triple antibiothérapie

- **Durée antibiothérapie**

La durée moyenne d'antibiothérapie est de 8,5 jours avec des extrêmes de 2 et 60 jours

- **Les autres aspects thérapeutiques**

Les autres aspects thérapeutiques étaient dominés par la perfusion, la photothérapie et la transfusion

Tableau VIII : Répartition des nouveau-nés selon les autres aspects thérapeutiques

| Traitement | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|------------------------|
| perfusion | 86 |
| transfusion sanguine | 10% |
| photothérapie | 20% |
| anticonvulsivants | 6% |
| Diurétiques | 1% |

II.8.3. La supplémentation en oligoéléments

La supplémentation en oligoélémentsn (fer, vitamines ADEC...) est réalisée dans 78%

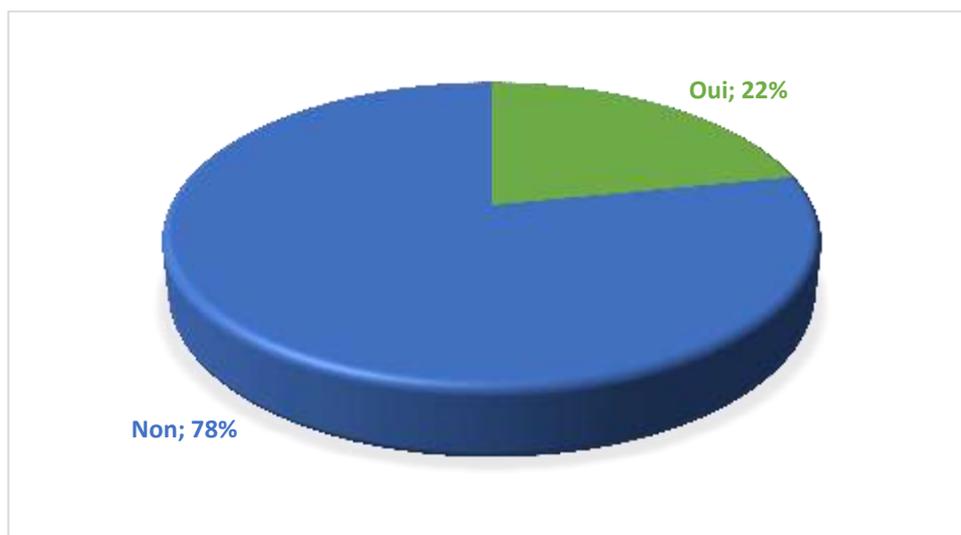


Figure 31 : Répartition des nouveau-nés selon supplémentation en oligoéléments

II.9. Données évolutives

II.9.1. Les modalités évolutives

On retrouvait 19% de décès (n=95) et les complications étaient de 18,4% (n=92) (Figure 47).

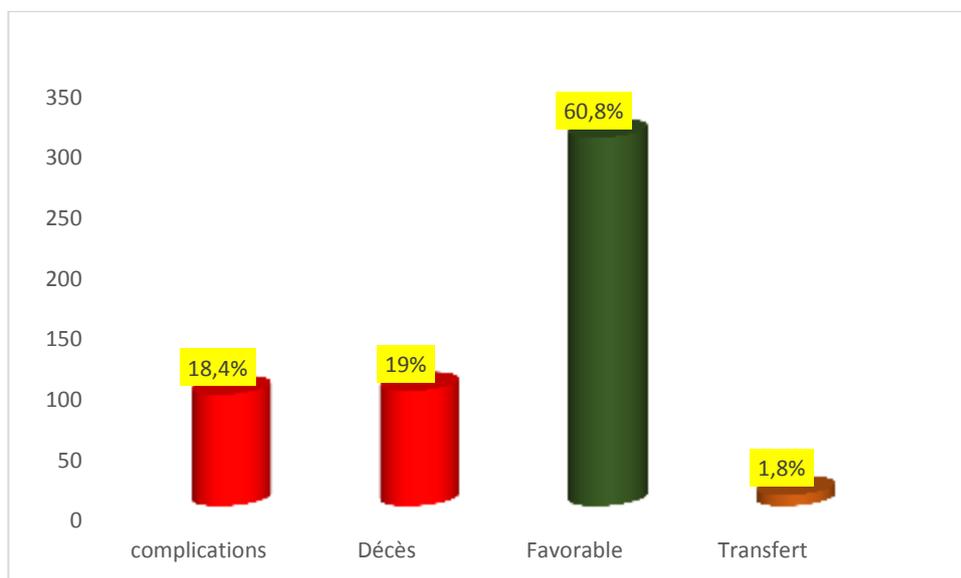


Figure 32 : Répartition des nouveau-nés selon les modalités évolutives

II.9.2. Complications

Les complications étaient dominées par les infections nosocomiales et l'entérococolite ulcéro-nécrosante

Tableau IX : Répartition des nouveau-nés selon les complications

| Complications¹ | Effectifs | Pourcentage (%) |
|----------------------------------|------------------|------------------------|
| Infection nosocomiale | 29 | 31,5 |
| ECUN | 22 | 24 |
| Sepsis | 8 | 8,5 |
| HIV | 1 | 1 |
| Autres complications | 32 | 35 |
| Total | 92 | 100,0 |

II.9.3. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est 9,57 jours avec des extrêmes de 1 et 62 jours .

Tableau X : Répartition des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation

| N | Minimum | Maximum | Moyenne | Ecart type |
|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| Durée_d'hospitalisation | 475 | 1 | 62 | 9,57 8,967 |

II.9.4. Mortalité

On note un taux de décès à 19 % (n=95)

II.9.5. Age de survenue des décès

La plupart 67%(n=64) des décès était survenue dans la première semaine de vie (Figure 49).

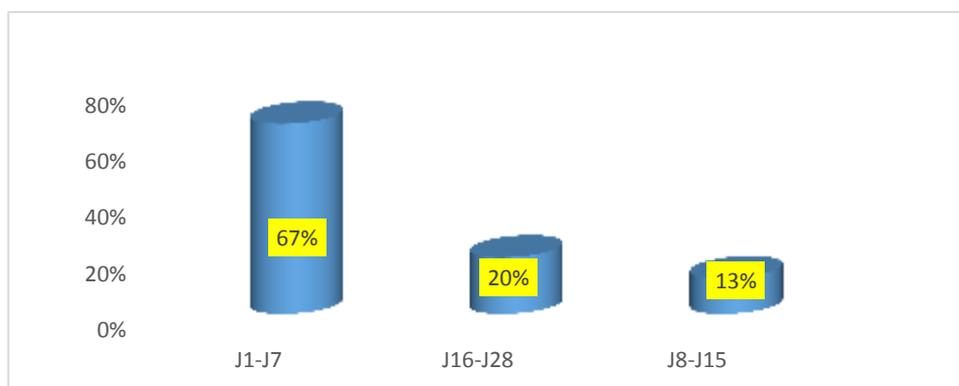


Figure 33 : Répartition des nouveau-nés selon l'âge de survenue des décès

II.9.6. Evolution des décès au cours des trimestres

Le trimestre 1 et 3 enregistrait le plus de décès avec respectivement 34% (n=32) et 26%(n=17)

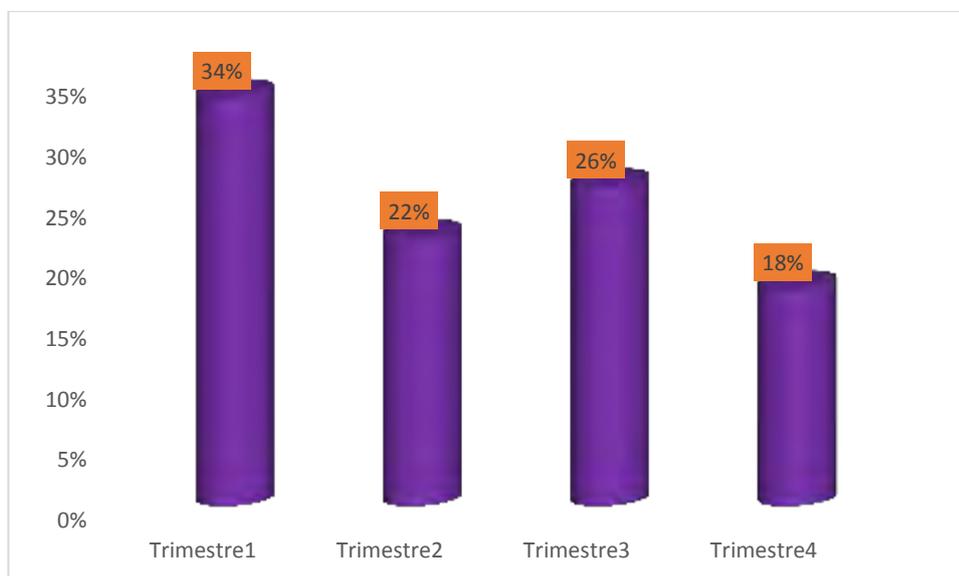


Figure 34 : Répartition des nouveau-nés selon l'évolution des décès au cours des trimestres

II.9.7. La répartition des décès selon le sexe

Les décès étaient dominés par le sexe masculin dans 57,8% des cas (n=55).

II.10. Etude analytique

▪ Facteurs liés à la morbidité

Il y'avait un lien statistiquement significatif entre la prématurité (p=0,000), l'hypothermie(0.040), détresse respiratoire (p=0,000), asphyxie(0,000), l'infection nosocomiale(0,000), arrêt cardiorespiratoire (p=0,0039) et les décès

| Décès | | | |
|------------------------------|-----|-----|--------|
| | Non | Oui | Pvalue |
| Variabiles | | | |
| Age_mère | | | |
| <18 ans | 11 | 3 | 0,892 |
| 18-34 ans | 316 | 72 | |
| >35 ans | 78 | 20 | |
| Sexe | | | |
| Féminin | 178 | 40 | 0,744 |
| Masculin | 227 | 55 | |
| Prématurité | | | |
| Grande prématurité | 50 | 25 | 0,000 |
| prématurité légère | 49 | 8 | |
| prématurité modérée | 32 | 6 | |
| très grande prématurité | 7 | 10 | |
| Hypothermie | | | |
| Oui | 162 | 49 | 0,040 |
| Non | 243 | 46 | |
| RCUI | | | |
| Oui | 158 | 44 | 0,192 |
| Non | 247 | 51 | |
| ECUN | | | |
| Oui | 19 | 9 | 0,068 |
| Non | 386 | 86 | |
| IMF | | | |
| oui | 295 | 75 | 0,070 |
| Non | 110 | 20 | |
| Détresse respiratoire | | | |
| Oui | 254 | 78 | 0,000 |
| Non | 151 | 17 | |
| détresse neurologique | | | |
| oui | 22 | 8 | 0,270 |

| | | | |
|--|-----|----|-------|
| non | 383 | 87 | |
| Asphyxie périnatal | | | |
| oui | 65 | 35 | 0,000 |
| non | 340 | 60 | |
| Dénutrition | | | |
| Oui | 5 | 0 | 0,276 |
| Non | 400 | 95 | |
| Infection nosocomiale | | | |
| oui | 9 | 20 | 0,000 |
| non | 396 | 75 | |
| Anémie | | | |
| oui | 7 | 10 | 0,000 |
| non | 398 | 85 | |
| Arrêt cardiorespiratoire | | | |
| oui | 0 | 1 | 0,039 |
| non | 405 | 94 | |
| Insuffisance rénale Fonctionnelle | | | |
| oui | 12 | 3 | 0,117 |
| non | 393 | 92 | |
| mise au sein retardée | | | |
| oui | 208 | 28 | 0,000 |
| non | 197 | 67 | |

III.DISCUSSION

III.1. Données épidémiologiques et sociodémographiques

Age des mères

L'âge moyen des mères était de 28 ans avec des extrêmes allant de 15 et 48 ans. Ce constat reflète nos réalités socioculturelles du fait que les femmes se marient habituellement assez tôt. Cette moyenne d'âge était proche de celle trouvée par BOUASSA à l'hôpital Abass Ndao en 2015[8] et par d'autres études [9, 10, 11,12,13,]

Age des nouveau-nés à l'admission :

Dans notre série, la moyenne d'âge à l'admission était de 1,6 jours avec des extrêmes allant de 0 à 27 jours. Des données similaires ont été déjà observées dans les études antérieures. ADJOVI-AGBOGBO avait trouvé en 2018 à HALD 3,81 jours avec des extrêmes allant de 0 à 20 jours [5]. Tandis que MENSAH trouvait en 2018 à HEAR un âge moyen de 2,37 jours avec des extrêmes allant de 0 à 30 jours [6] et d'autres études objectivent des valeurs similaires[10,14,15].

Le sexe

Dans notre série, nous avons retrouvé une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,29. Le sexe masculin est plus vulnérables face aux phénomènes morbides de la vie. Ce même constat a été retrouvé par d'autres auteurs [16,17]

III.2. Antécédents maternels et suivi de la grossesse

III.2.1. Gestité et Parité

Dans notre étude les primigestes 37,1% (n=184) et primipares 36.5 % (n=181) étaient plus représentatives. Cependant d'autres études menés respectivement par COMPAORE [10]au CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH , M. ONGOIBA [9] au CHU HASSAN II de FES et celle de Rasmané [11] au CHU de SANOU du Burkina Faso corroborent nos résultats

III.2.2. Suivi de la grossesse

Dans notre série, la moitié des femmes soit 49% ont bénéficié d'un bon suivi de leur grossesse.

En effet, l'OMS recommande à chaque femme enceinte de faire au moins quatre visites prénatales et d'effectuer la première dans le premier trimestre de la grossesse.

Le rapport de l'EDS 2018 montre que la proportion de femmes enceintes qui ont eu au moins quatre visites prénatales est de 59 %. Cette proportion varie selon le milieu de résidence. Elle est plus élevée en milieu urbain (71 %) qu'en milieu rural (50 %). En outre, environ les deux tiers (64 %) des femmes ont eu leur première visite prénatale dans le premier trimestre. En milieu urbain, ce pourcentage s'établit à 78 % contre 55 % en milieu rural [4,18,19,20].

Notre résultat avoisine celui retrouvé au niveau national [4] et aussi dans d'autres pays comme le Maroc et le Burkina Faso [10,11,21].

III.2.3. Echographie précoce

Seul 36% (n=135) des mères avaient bénéficié d'une échographie précoce. Ce faible taux de réalisation des échographies précoces reflète le bas niveau d'instruction des mères en Afrique et remet en question la qualité des visites prénatales.

III.2.4. Pathologies maternelles au cours de la grossesse

Les pathologies maternelles les plus fréquentes étaient l'HTA, la prééclampsie, l'HRP et le diabète. Toutes ces pathologies constituent un état morbide à la fois pour la mère et pour le nouveau-né. L'HTA est fréquemment rapportée par les auteurs [21,22,23].

III.2.5. Infections urogénitales du troisième trimestre

La notion d'infection urogénitale a été rapportée dans 21% des cas dans notre étude. Ce qui reflète aussi la fréquence des infections néonatales qui est l'une des premières causes de mortalité néonatale dans les PED.

III.3. Antécédent perinataux

III.3.1. Rupture prématurée des membranes

La RPM était retrouvée dans 39% des cas et était supérieure à 12h dans 60% des cas. Comme pour les IUG la RPM de plus de 12 représente un facteur de risque infectieux majeur.

III.3.2. Antibioprophylaxie maternelle

Seul 18% des mères avait bénéficié d'une antibio prophylaxie.

En cas de risque infectieux prouvé l'antibio prophylaxie maternelle instaurée avant l'accouchement réduit le risque de transmission maternofoetale et de facto le risque d'infection néonatale.

III.3.3. Aspect du liquide amniotique

Le LA était teinté dans 37% des cas. La nature teintée du LA est fortement prédictif d'une souffrance fœtale et d'un risque d'inhalation et d'asphyxie périnatale.

III.3.4. La voie d'accouchement

Dans notre étude, 59% (n=295) des femmes ont accouché par voie basse.

Cette voie d'accouchement reste la voie la plus fréquente en l'absence de toute complication obstétricale pouvant indiquer une césarienne.

Des proportions très proches des nôtres ont été rapportées par d'autres auteurs [9,10,25,26,]. Cependant au Burkina Faso, Rasmané avait trouvé un taux plus important de 80,20% [11].

III.3. 5. Cri à la naissance

Plus du quart (27%) des nouveaux nés n'avait pas crié à la naissance et 74% ont été réanimé à la naissance. 18% des nouveaux nés avait un score d'Apgar bas, inférieur à 7 à M5. Ce qui reflète la fréquence de l'asphyxie périnatale dans les PED(59).

III.3.6. Maturité :

Près de la moitié des nouveau-nés (43%) était née prématuré.

En effet la prématurité demeure un véritable problème de santé publique en Afrique et reste l'un des principaux motifs d'hospitalisation en néonatalogie. Cette même tendance en faveur des naissances prématurées était aussi retrouvée dans d'autres études [27,28,29,30,31]

III.3.7. Trophicité:

De même les hypotrophes représentaient 48% (n=202) tandis que les macrosomies ne représentaient que 3%. Comme pour la prématurité l'hypotrophie demeure un motif fréquent d'admission dans les unités de néonatalogie comme le CHN de Pikine. Cette même tendance est retrouvée par d'autres études [9, 10, 11,32,33,34]

III.4.Données cliniques

III.4.1.Conditions de transfert

Le transfert était non médicalisé dans 64 % des cas (n=27). Ces conditions de transfert déplorables souvent en taxi organisées par des parents peu instruits ne respectant aucune norme d'hygiène et de sécurité exposent souvent les nouveaux nés à l'hypothermie, l'hypoglycémie et au risque infectieux.

III.4.2.Constantes à l'admission

□ Hypothermie

L'hypothermie était présente chez 32,4% des nouveau-nés. Les mauvaises conditions de transfert, les troubles de la thermorégulation surtout chez les hypotrophies et les prématurés et souvent l'insuffisance des mesures de protection thermique exposent les nouveau-nés à l'hypothermie qui est délétère et engage le pronostic vital rapidement.

□ L'hypoglycémie

Elle concernait 3,4%(n=17) des nouveau-nés. Elle représente une urgence néonatale majeure pouvant entraîner des lésions neurologiques sévères et conduire rapidement au décès si la prise en charge est retardée.

□ Les troubles hémodynamiques

Les troubles hémodynamiques étaient notés dans 5% (n=25).en l'absence de prise en charge, ils engagent le pronostic vital par le biais de l'état de choc

III.4.3.Diagnostic à l'admission

Les diagnostics à l'admission étaient dominés par les infections néonatales, l'inhalation de LA, la MMH et l'APN. Ces pathologies représentent les principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique du fait de la fréquence des infections maternelles et du faible poids de naissance

III.4.4.Mortalité

□ Taux de mortalité

On note un taux de décès à 19 % (n=95) sur l'ensemble des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie. Ces données sont en étroites corrélations avec plusieurs études [20, 25, 31, 33,35]

□ Age au décès

La plupart des décès sont survenus durant la première semaine de vie avec 67 %. En effet la plupart des décès surviennent au cours de la première semaine de vie

d'où l'importance de la première visite postnatale qui doit être systématique avant la sortie de maternité. Ces données sont en parfaite adéquation avec la théorie de Lawn qui stipule que deux tiers des décès néonatales surviennent pendant la première semaine de vie.

ADJOVI retrouvait un taux de décès plus élevé de 81,8% durant la première semaine de vie [5].

□ **Décès au cours des trimestres**

Le nombre de décès était plus important au cours des 1^{er} et 3^{ème} trimestre dans notre étude.

Au premier trimestre le taux d'accouchement est nettement plus élevé avec une morbidité et une mortalité néonatale aussi croissante. Le troisième trimestre correspond à la période où une partie du personnel part en congés avec une demande plus élevée en charge de travail par rapport à l'offre.

□ **Décès selon le sexe**

La prédominance du sexe masculin dans la mortalité comme pour la morbidité s'explique par la vulnérabilité du sexe masculin face aux phénomènes morbides de la vie.

□ **Causes de décès**

Dans notre étude, les causes de décès les plus fréquemment retrouvées sont la prématurité (48.4%), la détresse respiratoire (82%), les infections nosocomiales (20%), à l'hypothermie, le RCIU (54%). Concernant l'infection, elle est le plus souvent liée à nos conditions d'exercice avec le non-respect des règles d'asepsie [21, 24,36, 37]. Plusieurs auteurs ont trouvé les mêmes réalités, même si l'ordre de fréquence diffère en fonction des études [5, 6, 9, 16, 18, 19, 20]. DIOMEDE et al. au Centre Hospitalier d'ABASS NDAO avaient rapporté les mêmes causes respectivement en 2011 et 2012 [12].

III.5.Facteurs pronostiques associés à la morbidité et à la mortalité

□ *Maturité*

Dans notre étude, la prématurité est fortement associée à la mortalité avec un (**p=0,000**) En effet elle est l'une des causes les plus fréquentes de mortalité néonatale du fait de l'insuffisance du plateau technique (incubateurs, CPAP, surfactant exogène) dans les PED nécessaire pour la prise en charge adéquate de ces nouveau-nés particulièrement vulnérables. La survenue de complications surtout chez les grands prématurés engendre une lourde mortalité néonatale (60-70 %) et des séquelles psychomotrices et cognitives au long terme[17,19,21,22,38].

□ *Trophicité De même il y'avait une nette corrélation entre la trophicité et la mortalité avec un (p=0,0005)*

MENSAH avait dans sa série 39,5% des décès des nouveaux nés liés à l'hypotrophie[6]. Dans l'étude de ONGOIBA, la tendance était de 57% [9].

□ *L'hypothermie (p=0,040)*

En effet on avait un pourcentage de grande prématurité très important et les prématurés sont particulièrement sensibles à l'hypothermie du fait de l'immaturation de leur thermorégulation et des grandes fonctions vitales. A cela s'associe l'insuffisance du plateau technique pour leur prise en charge adéquate

□ *Détresse respiratoire (p=0000):*

Cette DR est souvent dû à une IMF à localisation pulmonaire, une MMH ou une APN. L'hypoxémie qu'elle engendre est un facteur prédictif important de la mortalité de ces nouveaux nés surtout s'ils sont prématurés.

La prise en charge des grands prématurés souffrant de MMH pose un problème dans les PED du fait de la non disponibilité de surfactant

Et le recours à la ventilation artificielle n'est pas toujours possible dans la plupart des hôpitaux

Egalement dans d'autres études la détresse respiratoire était statistiquement liée à la survenue de décès [25,26,39,27].

□ **APN (p=000)**

Elle se complique plus souvent d'EAI sévère et d'une défaillance multiviscérale dans le stade 3 avec un risque de décès et de complications dans 50% des cas.

Il y'avait également un lien statistiquement significatif entre l'asphyxie périnatale et la survenue de décès dans d'autres études [33,34,38,40,41].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La morbidité néonatale est le nombre de malade ou la somme des maladies enregistrées pendant la période néonatale (0 à 28 jours), s'exprimant sous forme d'incidence ou de prévalence [1,2]. Quant à la mortalité néonatale, elle représente le nombre de décès survenu durant les 28 premiers jours de vie rapporté à 1000 naissances vivantes [1].

La morbidité et la mortalité néonatales constituent un problème de santé publique majeur dans les pays en développement. Rien qu'en 2019 plus de cinq millions d'enfants sont décédés dans le monde avant leur cinquième anniversaire et la moitié de ces décès concernait les nouveaux nés[2].

Durant ces dernières décennies beaucoup d'efforts ont été consentis dans la santé des enfants et des nouveaux nés. Malgré les initiatives entreprises au niveau international et national, les statistiques demeurent alarmantes et invitent à tirer les leçons des expériences conduites pour l'atteinte globale de l'objectif de développement durable 3.2 d'ici 2030.

C'est dans ce contexte, que s'inscrit cette étude dont les objectifs étaient de :

Objectif général :

- Evaluer la morbi-mortalité néonatale au service pédiatrique de l'hôpital de l'hôpital de Pikine du 01 Janvier au 31 décembre 2019. **Objectifs**

spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques;
- Décrire les caractéristiques cliniques ;
- Décrire les modalités évolutives des nouveau-nés ;
- Déterminer la mortalité et les causes de décès
- Identifier les facteurs pronostics associés à cette morbi-mortalité

Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur la période allant du 1er janvier au 31 Décembre 2019(soit 1 an).

Au terme de notre étude, nous avons abouti aux conclusions suivantes :

L'âge moyen des mères était de 28 ans avec des extrêmes allant de 15 et 48 ans. On note une prédominance masculine (n=218) avec un sex ratio à 1,29 Le niveau socio-économique des familles était bas dans 79% des cas

La moitié des femmes soit 49% ont bénéficié d'un bon suivi de leur grossesse. 5% des femmes étaient porteuse de pathologies chroniques dominées par l'HTA et plus d'un quart avaient une affection survenue au cours de la grossesse. 21 % des mères souffraient d'une infection urogénitale durant la grossesse et seules 26% d'entre elles avaient bénéficié d'un traitement.

Une rupture prématurée des membranes était observée chez 39% (n=115) et pour 60% cette RPM dépassait 12 heures et dans 37%(n=91) des cas le liquide amniotique était teinté.

La présentation était précisée dans seulement 42 % (n=211) et elle était céphalique dans 87%(n=184) et de siège dans 13% (n=27) des cas

Le mode d'accouchement était caractérisé par 59 % nés par voie basse et 38,6 % par césarienne.

Un peu plus du quart des nouveau-nés (n=135) n'avaient pas crié à la naissance et la réanimation était réalisée chez 26 % des nouveau-nés (n=129) avec une durée moyenne de 16 minutes et des extrêmes de 1 à 60 minutes

En plus 18% des nouveaux nés avait un score d'Apgar bas, inférieur à 7 à M5

Le poids moyen des nouveau-nés était de 3299,9 g avec des extrêmes allant de 474 g à 4700 g. Et les hypotrophies représentaient 48% (n=202).

Les accouchements prématurés représentaient en outre 43%(n=187).

La répartition de nos patients selon le mode d'admission était marquée par une prédominance des inborns (68%).

Durant la période de l'étude (1 an) 1198 enfants ont été hospitalisé dans le service dont les 500 étaient des nouveau-nés (soit une incidence 41,7%). On note un taux de décès à 19 % (n=95) sur l'ensemble des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie.

La plupart 67%(n=64) des décès était survenue dans la première semaine de vie. Les principales causes de décès étaient dominées par les infections suivies, de la prématurité, la maladie des membranes hyalines et de l'asphyxie périnatale (40).

Les autres affections étaient représentées par l'inhalation de liquide amniotique, l'anémie néonatale, les ictères non cholestatiques.

Les facteurs pronostics associés au décès dans notre série étaient les suivants :

- La prématurité (p=0,000),
- L'hypothermie (p=0 ,040)
- La détresse respiratoire (p=0 ,000)
- L'infection nosocomiale (0 ,000)
- L'asphyxie (OR= 1,0 ; 95% IC (0,8-1,4) p=0 ,000)
- L'anémie (p=0 ,039)
- L'arrêt cardiorespiratoire (p=0 ,000)
- L'absence de mise au sein précoce p=0 ,000)

A la fin de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes:

□ **A l'endroit de la population** Pour convaincre les femmes à :

- Fréquenter les structures hospitalières pour des consultations prénatales en vue d'un meilleur suivi de la grossesse et pour un dépistage précoce des grossesses à risque.
- Respecter le suivi de leurs grossesses avec des séances d'action éducative, sur les CPN, la vaccination antitétanique (VAT), le groupage Rhésus, le bilan sérologique et au moins une échographie pendant la grossesse.
- Accoucher en milieu hospitalier et les informer des signes annonciateurs de l'entrée en travail.

□ **A l'endroit du personnel médical et paramédical :**

- Assurer des consultations prénatales de qualité par un personnel qualifié
- Identifier les grossesses à risque et les référer précocement au besoin
- Assurer une bonne surveillance des femmes en salle d'accouchement pour un dépistage précoce de facteurs de forte présomption dès l'entrée en travail pour une extraction rapide du fœtus d'où l'intérêt d'un remplissage correct du partogramme.
- Harmoniser et améliorer la qualité du système d'information sur ces pathologies.
- Respecter les normes de stérilisation du matériel d'accouchement, pouvant réduire le risque infectieux, très souvent fatal pour les nouveau-nés.
- Prévenir la survenue de toute infection néonatale par un traitement antibiotique systématique et adapté devant une infection uro-génitale chez toute femme enceinte.
- Intégrer le principe d'anticipation dans la prise en charge des nouveaunés.
- Instaurer un traitement précoce et adapté au moindre signe d'infection néonatale
- Instaurer systématiquement une corticothérapie anténatale maternelle en vue d'une maturation fœtale pulmonaire devant toute menace d'accouchement prématuré
- d'inclure des activités d'information et de prévention des pathologies néonatales dans les services de pédiatrie et de gynécologie.
- d'appliquer des soins de qualité dans les services de pédiatrie et de gynécologie.
- de sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de la collaboration multidisciplinaire en général et surtout

obstétricopédiatrique pour une meilleure prise en charge du couple mère-bébé.

□ **A l'endroit des autorités du ministère de la santé :**

- Renforcer les ressources matérielles et humaines afin de rendre possible la prise en charge rapide des nouveau-nés
- Organiser les campagnes d'éducation pour le changement de mentalité et d'information des populations sur l'importance des consultations prénatales pour un dépistage et une prise en charge précoce des pathologies maternelles et des facteurs de risque liés à la mortalité néonatale
- Mieux équiper les ambulances pour une continuité des soins avant l'arrivée dans la structure de référence
- Répartir un personnel qualifié dans les régions en vue de la régionalisation des soins.
- Organiser des campagnes de formation communautaire à large échelle sur les techniques élémentaires de la réanimation néonatale en vue d'une intervention rapide chez les nouveau-nés en état d'asphyxie avant l'arrivée à structure de référence.
- Promouvoir une approche globale de la prise en charge du nouveau-né aussi bien au niveau social qu'au niveau sanitaire.
- Améliorer la couverture sanitaire en structures de santé en fonction de la croissance démographique avec des services de qualité accessibles à toutes les couches de la population.

REFERENCES

- [1] UNITED NATIONS CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF).
La situation des enfants dans le monde 2009. UNICEF 2008 :158
- [2] Rapport 2020 de l'UNICEF et des partenaires du Groupe inter-institutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME), « Les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité infantile dans le monde ont été remarquables ».
- [3] « Le monde manque à ses devoirs envers les nouveau-nés – UNICEF ». <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/le-monde-manque%C3%A0-ses-devoirs-envers-les-nouveaux-n%C3%A9s-unicef> (consulté le oct. 16, 2020).
- [4] Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF. 2018. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2018). Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF.
- [5] ADJOVI- AGBOGBO A. Bilan de deux années d'activités de l'unité de néonatalogie, du service de pédiatrie de l'hôpital Aristide Le Dantec. Thèse Med. Dakar 2018,
- [6] NDIAYE M. Mortalité néonatale au CHN de Pikine. Etude des dossiers colligés de 2008-2012. Thèse Med. Dakar 2015, n°206.
- [7] « 9789242511222-fre.pdf ». Consulté le: sept. 23, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255352/9789242511222-fre.pdf>
- [8] OBAMBI. B.D. Morbidité et mortalité des patients hospitalisés au service de pédiatrie générale du Centre Hospitalier Abass Ndao. Thèse Méd. Dakar, 2009, n°139.
- [9] « LAMORTALITE NEONATALE AU CHU HASSAN II DE FES (Etude rétrospective à propos de 235 cas) ». Consulté le: janv. 26, 2021. [En ligne]. Disponible sur: http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/84-10.pdf

- [10] « these59-09.pdf ». Consulté le: juin 10, 2021. [En ligne]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2009/these59-09.pdf>
- [11] OUEDRAOGO Rasmané, *morbidity et mortalité néonatale dans le département de pédiatrie du centre universitaire hospitalier souro sanou*. Burkina Fasso 2016 .Thèse Med,n°84.
- [12] Emmanuel BUSHI TIMBASIMA, « EVALUATION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE NEONATALE A L'UNITE DE NEONATOLOGIE DE L'HOPITAL ABASS NDAO DE DAKAR: ETUDE RETROSPECTIVE EFFECTUEE DU 1er JANVIER 2010 AU 31 DECEMBRE 2010 ». nov. 2012.
- [13] DIOMEDE NOUKEU NJINKUI, « MORTALITE NEONATALE PRECOCE. ETUDE RETROSPECTIVE AU SERVICE DE NEONATOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO ». mai 2011.
- [14] «Kozuki, N. et al. The association of parity and maternal age with small for gestation age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. (2013)
- [15] COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS, Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de surveillance fœtale pendant le travail, 31ième journées nationales, 2007: 374-375
- [16] D. Kedy Koum, C. Exhenry, C.-I. Penda, V. Nzima Nzima, et R. E. Pfister, « Morbidity et mortalité néonatale dans un hôpital de district urbain à ressources limitées à Douala, Cameroun », *Arch. Pédiatrie*, vol. 21, n° 2, p. 147- 156, févr. 2014.

- [17] « 04_r_prematurite.pdf ». Consulté le: janv. 26, 2021. [En ligne]. Disponible sur: http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2003_2004/travaux/04_r_prematurite.pdf
- [18] M. Garba, M. Kamaye, S. Alido, et al. , « Les déterminants de la mortalité néonatale précoce à la maternité Issaka-Gazobi de Niamey », *J. Pédiatrie Puériculture*, vol. 30, n° 4, p. 156- 161, sept. 2017.
- [19] Lawn JE, Osrin D, Adler A, Cousens S. Four million neonatal deaths: counting and attribution of cause of death. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008 ; 22(5) :410—6
- [20] Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Édition révisée 1993;1:921-922
- [21] Shankaran S, Fanaroff AA, Wright LL, Stevenson DK, et al. Risk factors for early death among extremely low-birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(4):796-802
- [22] Gagnon J, Gascon I, Paquet C, Théberge M-H. Bilan sur la mortalité périnatale et maternelle Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales CÉEMMP. 2004
- [23] Nhu Thi Nguyen Ngoc, Mario Merialdi, Hany Abdel-Aleem, Guillermo Carroli, et al. Causes de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce : données portant sur 7993 grossesses dans six pays en développement. *Bulletin de l'OMS* 2006;84 (9):685-764.
- [24] Mulongo Mbarambara P, Kajemba Namukuru F, Kyambikwa Bisangamo C, Mansuka M. Factors associated with perinatal mortality at the Dr Rau/Ciriri hospital. *J Pediatr Pueric* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2015;28(3):109-13.
- [25] Barbieri M, Catteau C, Magali Barbieri Institut National d'Etudes Démographiques. Evolution de la mortalité infantile à la Réunion depuis cinquante ans. *Population* 2003;58(2):229-251
- [26] Cisse C.T., Martin S.L, Ngoma S.I Et Al. Mortalité néonatale précoce à la maternité du CHU : Situation actuelle et tendances évolutives entre 1987 et 1994. *Med Afrique Noire* 1996 ; 43 :254 -8

- [27] Sanou I., Traore A., Kam KL et Al. Morbidité et mortalité néonatales au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1993 à 1997. *Burkina Médical* 1998 ; 2 :18-22
- [28] Bezzaoucha, A. Elkebbou, A. Aliche, M.L. Atif. Evolution De La Mortalité Néonatale Au Centre Hospitalier Universitaire De Blida : DE 1999 A 2006. A. Service d'épidémiologie et de médecine préventive. CHU de Blida, Algérie. *Communications affichées / Revue d'Épidémiologie et de Santé publique* 56 S (2008), S295–S332
- [29] Ongoiba Oumar. La mortalité néonatale au CHU Hassan II de Fes (Etude rétrospective à propos de 235 cas). Thèse de médecine. N84 – 2010
- [30] Rachidatou Compaore. Mortalité néonatale intra hospitalière au CHU Mohamed VI. Thèse de médecine. N59 – 2009
- [31] Nour Mekaoui. Mortalité néonatale intra hospitalière : Expérience de l'hôpital d'enfants Rabat. Thèse de médecine. N140 – 2011
- [32] Ongoiba Oumar. La mortalité néonatale au CHU Hassan II de Fes (Etude rétrospective à propos de 235 cas). Thèse de médecine. N84 – 2010
- [33] Garba, M. et al. Les déterminants de la mortalité néonatale précoce à la maternité Issaka-Gazobi de Niamey. *Journal de Pédiatrie et de Puericulture* 30, 156–161 (2017)
- [34] Manzar, N., Manzar, B., Yaqoob, A., Ahmed, M. & Kumar, J. The study of etiological and demographic characteristics of neonatal mortality and morbidity - a consecutive case series study from Pakistan. *BMC Pediatrics* 12, (2012).
- [35] Kedy Koum, D., Exhenry, C., Penda, C. I., Nzima Nzima, V. & Pfister, R. E. Morbidité et mortalité néonatale dans un hopital de district urbain à ressources limitées à Douala, Cameroun. *Archives de Pédiatrie* 21, 147–156 (2014)

[36] Chaman, R., Naieni, K. H., Golestan, B., Nabavizadeh, H. & Yunesian, M. Neonatal mortality risk factors in a rural part of Iran: a nested case-control study. *Iranian Journal of Public Health* 38, 48–52 (2009).

[37] Akinyemi, J. O., Bamgboye, E. A. & Ayeni, O. Trends in neonatal mortality in Nigeria and effects of bio-demographic and maternal characteristics. *BMC Pediatrics* 15, (2015).

[38] Rgence ETDEMÉDU. Déterminants de la mortalité néonatale précoce dans la maternité de Befelatanana, Antananarivo Factors related to early neonatal mortality in the Obstetrics and Gynecology Teaching Hospital of Befelatanana, Antananarivo. 2014; 6(1):1–4

[39] Ko, H. S. et al. A national cohort study evaluating infant and fetal mortality caused by birth defects in Korea. *BMJ Open* 7, e017963 (2017)

[40] Muhima LHDE. Ecole de santé publique option : Maîtrise en Epidémiologie Année Académique : 2006- 2007 facteurs de mortalité néonatale A. 2007;2006–7

[41] Mturi, a J. & Curtis, S. L. The determinants of infant and child mortality in Tanzania. *Health policy and planning* 10, 384–94 (1995)

Résumé

Introduction :

La morbidité néonatale est le nombre de malade ou la somme des maladies enregistrées pendant la période néonatale (0 à 28 jours), s'exprimant sous forme d'incidence ou de prévalence [1,2]. Quant à la mortalité néonatale, elle représente le nombre de décès survenus durant les 28 premiers jours de vie rapporté à 1000 naissances vivantes [1]. La morbidité et la mortalité néonatales constituent un problème de santé publique majeur dans les pays en développement. Rien qu'en 2019 plus de cinq millions d'enfants sont décédés dans le monde avant leur cinquième anniversaire et la moitié de ces décès concernait les nouveau-nés[2]

Objectif :

Evaluer la morbi-mortalité néonatale au service pédiatrique de l'hôpital de l'hôpital de Pikine du 01 Janvier au 31 décembre 2019

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur la période allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2019(soit 1 an).

Resultats

Au total, l'âge moyen des mères était de 28 ans avec des extrêmes allant de 15 et 48 an .La moyenne d'âge à l'admission était de 1,6 jours avec des extrêmes allant de 0 à 27 jours .la prédominance était masculine avec un sexe ratio de 1,29. Les primigestes 37,1% (n=184) et primipares 36.5 % (n=181) étaient plus représentatives et la moitié des femmes soit 49% ont bénéficié d'un bon suivi de leur grossesse.

Seul 36% (n=135) des mères avaient bénéficié d'une échographie précoce. Les pathologies maternelles les plus fréquentes étaient l'HTA, la prééclampsie et le diabète

La notion d'infection urogénitale a été rapportée dans 21% des cas

La RPM était retrouvée dans 39% des cas et était supérieure à 12h dans 60% des cas et Seul 18% des mères avait bénéficié d'une antibioprofylaxie. Le LA était teinté dans 37% des cas

59% (n=295) des femmes ont accouché par voie basse. Plus du quart (27%) des nouveaux nés n'avaient pas crié à la naissance et 74% ont été réanimé à la naissance. Près de la moitié des nouveau-nés (43%) était née prématuré. Les hypotrophes représentaient 48% (n=202) tandis que les macrosomie ne représentaient que 3%.

Les diagnostics à l'admission étaient dominés par les infections néonatales, l'inhalation de LA, la MMH et l'APN. Durant la période de l'étude (1 an) 1198 enfants ont été hospitalisé dans le service dont les 500 étaient des nouveau-nés (soit une incidence 41,7%). On note un taux de décès à 19 % (n=95) sur l'ensemble des nouveau-nés. La plupart des décès sont survenus durant la première semaine de vie avec 67 %

Les causes de décès les plus fréquemment retrouvées sont la prématurité (48.4%), la détresse respiratoire (82%), les infections nosocomiales (20%), à l'hypothermie, le RCIU (54%).

Les facteurs pronostics à la mortalité étaient les suivants :

- La prématurité (p=0,000),
- L'hypothermie (p=0 ,040)
- La détresse respiratoire (p=0 ,000)
- L'infection nosocomiale (0 ,000)
- L'asphyxie (OR= 1,0 ; 95% IC (0,8-1,4) p=0 ,000)
- L'anémie (p=0 ,039)
- L'arrêt cardiorespiratoire (p=0 ,000)
- L'absence de mise au sein précoce p=0 ,000)

conclusion

La morbidité et la mortalité néonatales constituent un problème de santé publique majeur dans les pays en développement.

Durant ces dernières décennies beaucoup d'efforts ont été consentis dans la santé des enfants et des nouveaux nés. Malgré les initiatives entreprises au niveau international et national, les statistiques demeurent alarmantes et invitent à tirer les leçons des expériences conduites pour l'atteinte globale de l'objectif de développement durable 3.2 d'ici 2030.

Mots clés : morbidité, mortalité, nouveau-né