

Déterminants De La Mortalité Néonatale En Milieu Hospitalier De Kisangani

RAMAZANI TABORA Justin¹ ; OKENGE NGONGO Léon² ; TSHIMUNGU KATSHIDIKAYA Félicien³ ; Marie-Claire OMANYONGO OHAMBE⁴ ; Bienvenue RAMAZANI BONGOLU⁵ ; Léon SHONGO ONASAKA⁶ ; KAMBALE ISEMIGHAMBO Anaclet⁷

¹Chef de travaux à l'ISTM KISANGANI

²Professeur Ordinaire à l'ISTM KINSHASA

³Professeur à l'ISTM KINSHASA

⁴Professeur à l'ISTM KINSHASA

⁵Assistant à l'ISTM KISANGANI

⁶Assistant à l'ISTM KARAWA

⁷Assistant à l'ISTM BENI



Résumé – Cette étude est le fruit d'un constat de la province de la Tshopo, où la mortalité néonatale varie entre 11,9 et 20,9 pour mille naissances.

Cette étude avait pour objectif d'améliorer la santé du nouveau-né pendant la période néonatale par l'identification de niveau et déterminants de la mortalité néonatale en milieu hospitalier de Kisangani. Cette étude est cas-témoins et réalisée dans les structures de références de la ville de Kisangani. Sur 351 sujets soumis à l'étude ; la prévalence de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani s'élève à 333 décès pour 1000 naissances vivantes. Dans le modèle final de la régression logistique, les facteurs de mortalité néonatale retenus étaient les suivants : A chaque augmentation d'une année d'âge de la mère, le risque de la mortalité néonatale augmente de 16% (OR= 1,16 IC₉₅ [1,035 -1,31]. p=0,0105). L'intervalle inter génésique de moins de 2 ans (OR= 2,01966 IC₉₅ [1,021601-4,058]. p=0,0449) et la Souffrance fœtale aigue (OR=2,62027IC₉₅ [1,179464-5,878]. p=0,0181).

Mots clés – Déterminants, néonatale, mortalité Kisangani, RDC.

Abstract – This study is the result of an observation in the province of Tshopo, where neonatal mortality varies between 11.9 and 20.9 per thousand births.

This study aimed to improve the health of newborns during the neonatal period by identifying the level and determinants of neonatal mortality in hospitals in Kisangani. This study is case-control and carried out in the reference structures of the city of Kisangani. Out of 351 subjects subjected to the study; the prevalence of neonatal mortality in hospitals in the city of Kisangani is 333 deaths per 1000 live births. In the final logistic regression model, the neonatal mortality factors retained were as follows: For each increase of one year in the mother's age, the risk of neonatal mortality increases by 16% (OR= 1.16 IC₉₅ [1.035 -1.31]. p=0.0105). Inter-birth interval of less than 2 years (OR= 2.01966 IC₉₅ [1.021601-4.058]. p=0.0449) and Acute fetal suffering (OR=2.62027IC₉₅ [1.179464-5.878]. p= 0.0181).

Keywords – Determinants, neonatal, mortality Kisangani, DRC.

I. INTRODUCTION

La période néonatale qui s'étale de la naissance à l'âge de 28 jours révolus est une période critique de la vie du nouveau-né dont l'état de santé est étroitement lié autant aux facteurs socio environnementaux qu'à la santé maternelle. La mortalité néonatale représente un véritable problème de santé à l'échelle mondiale se plaçant depuis plus de 30 ans au cœur des programmes élaborés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est l'apanage des pays en voie de développement et reflète ainsi le niveau de

santé et de développement d'un pays. Cet indicateur permet de mesurer la place de la République Démocratique du Congo sur l'échiquier international [1].

En Afrique sub-saharienne, la situation de la mortalité néonatale n'est guère reluisante. Il existe une nette disparité entre cette partie de l'Afrique et les pays industrialisés. 2013). Cette partie africaine, représentant 38 % de tous les décès néonataux, enregistre le taux de mortalité néonatale le plus élevé (34 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011) [2].

L'intérêt de cette étude est de mettre en relief les déterminants de la mortalité néonatale dans la ville de Kisangani afin de contribuer à l'amélioration de la santé du couple « mère-nouveau-né »

Dans la ville de Kisangani, la plupart des études sur la mortalité des nouveau-nés fournissent une analyse descriptive. Or, une simple description des différences de mortalité ne suffit pas pour mettre en place des politiques et programmes adéquats de lutte contre ce fléau.

Il faut une bonne maîtrise des mécanismes d'actions des facteurs identifiés et/ou déterminants. C'est dans cette optique que nous nous sommes donné la tâche de mener cette étude afin d'identifier le niveau et déterminants de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani.

1.1 Question de recherche

Après cet énoncé de faits, nous nous sommes posé la question suivante : « quel est le niveau de la mortalité néonatale et ses déterminants en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani ? ».

1.2 Objectifs de l'étude

1.2.1 Objectif général

Cette étude a pour objectif général d'améliorer la santé du nouveau-né pendant la période néonatale en identifiant les différents niveaux et déterminants de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani.

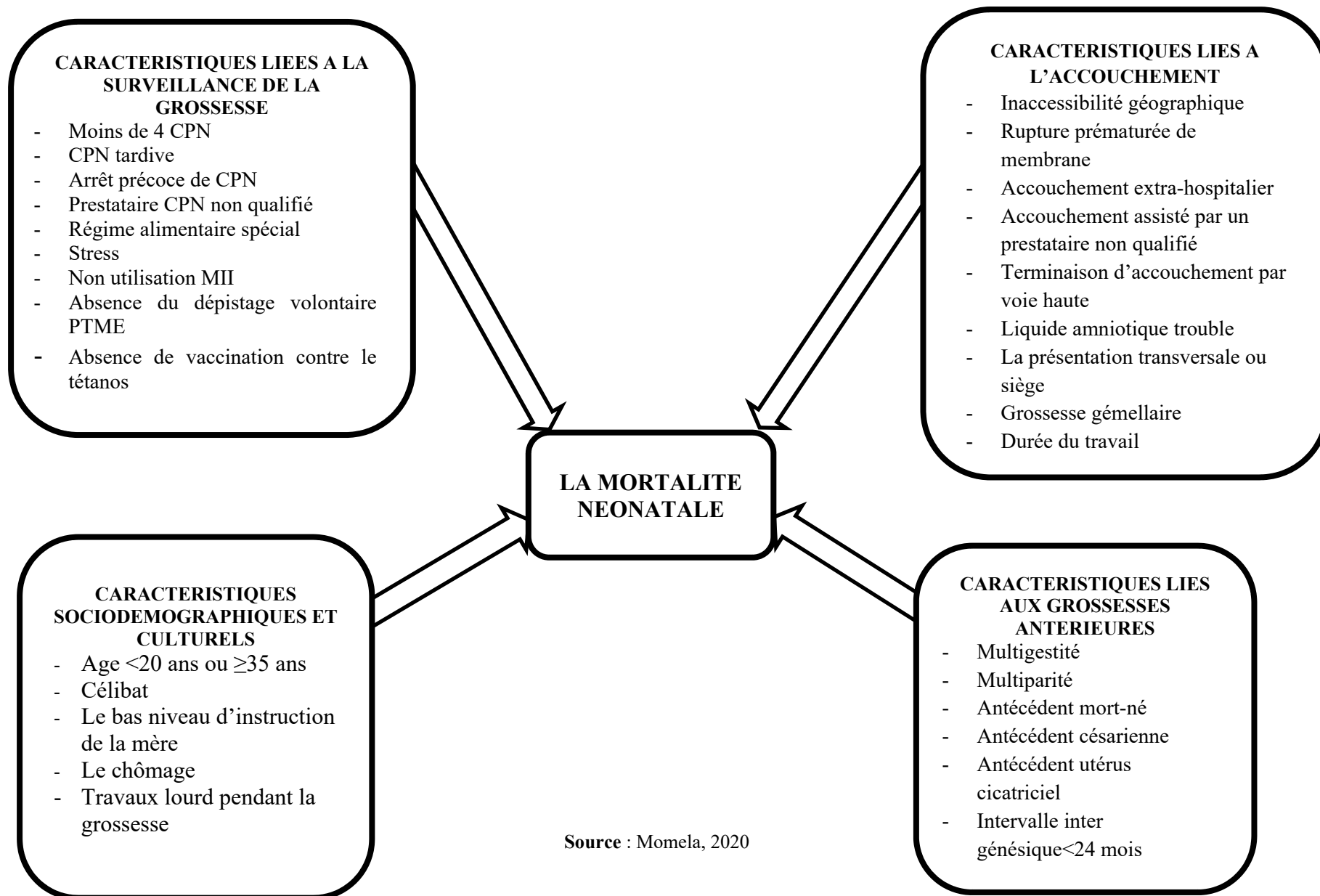
1.2.2 Objectifs spécifiques

Pour y arriver, nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques suivants :

- Déterminer le niveau de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des sujets ;
- Identifier les facteurs associés à la mortalité néonatale ;
- Proposer des stratégies pour la sauvegarde de l'enfant en période néonatale.

1.3 Modèle conceptuel

Notre cadre conceptuel tel que présenté par Momela [3] est proche de celui proposé par Henry Mosley et Linconcin [4] qui ont développé pour analyser la mortalité néonatale dans les pays en voie de développement. Henry Mosley et Linconcin ont noté une disparité entre la recherche de science sociale qui portait principalement le rôle des facteurs sociaux économique et culturel dans la mortalité néonatale et la recherche médicale qui portait sur des processus pathologiques spécifique et utilise la morbidité comme variable des résultats la plus courante [5].



I.4. Hypothèse de travail

P0 = les facteurs sociodémographiques, culturels, obstétricaux et environnementaux favorables à la santé de nouveau-né ;

P1 = les facteurs sociodémographiques, obstétricaux et environnementaux défavorables à la santé de nouveau-né.

H0 : P0= P1 : il n'existe aucune différence entre les facteurs sociodémographiques, culturels, obstétricaux et environnementaux favorables et défavorables à la santé de nouveau-né.

H1 (*unilatérale*) : le risque de décès néonatal assujetti non seulement du comportement de la mère vis-à-vis de sa santé mais aussi, des facteurs sociodémographiques, culturels, obstétricaux et environnementaux défavorables.

H1 (*bilatérale*) : P0 ≠P1 : il existe une différence entre les facteurs sociodémographiques, cultures, obstétricaux et environnementaux favorables et défavorables à la santé de nouveau-né.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1 Type d'étude

Cette étude est cas-témoins et nous permet d'identifier le niveau et les déterminants de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani, dont les données ont été collectées pendant la période du 06 octobre 2021 au 06 février 2022

2.2 Description du terrain d'enquête

Cette étude est menée dans la ville de Kisangani

2.2.1 Présentation de la ville de Kisangani

Kisangani, anciennement Stanley ville ou Stanleystad de 1883 à 1966, est une ville de la République démocratique du Congo. C'est le chef-lieu de la province de la Tshopo qui était un district de l'ancienne Province Orientale dont il deviendra le chef-lieu [7].

2.3 Population et échantillon

2.3.1 Population

Pour cette étude, la population est constituée de tous les nouveau-nés de la ville de Kisangani durant l'année 2021.

2.3.2 Population cible,

La population cible de cette étude était constituée des enfants âgés de 0 à 28 jours dans les structures de référence de la ville de Kisangani sélectionnées pour cette étude.

2.3.3 Echantillonnage

2.3.3.1 Technique d'échantillonnage

Pour cette étude, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés pour sélectionner notre échantillon :

- Au premier degré, nous avons procédé à la randomisation des zones de santé ;
- Au second degré nous avons choisi les aires de santé de référence pour chaque zone de santé ;
- Au troisième degré, la stratification proportionnelle était utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon pour chaque structure sélectionnée.

2.3.3.4 Critères d'inclusion de cas

La sélection de cas (enfant décédé) est définie par, tout décès d'enfant de 0 à 28 jours accouché dans le même établissement et à la même période que le témoin, et répondant aux critères d'appariement suivants :

- Etre dans la même tranche d'âge et même sexe que le témoin ;

2.3.3.5 Critères d'inclusion des témoins

Tout enfant de moins de 28 jours vivant à la date d'enquête et répondant aux mêmes critères d'inclusion que le cas donc :

- Être dans la même tranche d'âge que le cas ;
- Avoir le même sexe que le cas.

2.3.3.6 Critères d'exclusion :

- Être accouché et enfant de 0 à 28 jours dans une structure de référence non choisie pour cette étude.

2.3.3.7 Taille de l'échantillon

Dans le cadre de cette étude, nous avons inclus les enfants de 0-28 jours qui répondaient aux critères d'inclusion ci-haut énumérés.

Les cas qui répondaient à ces critères d'inclusion étaient au nombre de 117. Ces derniers ont été pris de façon aléatoire. Nous avons adoptée pour ratio « un cas pour 2 témoins ». De ce fait, la population finale de l'étude est composée de 117 cas et 234 témoins, soit un total de 351 nouveau-nés.

Tableau II.1. Ci-dessous le tableau illustre le mode de calcul de la taille de l'échantillon

Etudes cas-témoins
ETUDES CAS-TÉMOINS

Saisie des paramètres

OR Odds-Ratio minimum détectable

Proportion attendue de témoins exposés Proportion (entre 0 et 1)

Nombre de témoins par cas (1 à 10), 4 est un bon compromis

Risque de première espèce α 0.05 valeur entre 0 et 1

Puissance $1 - \beta$ 0.9 valeur entre 0 et 1

Nature du test Bilatéral Unilatéral

Résultats

n1= groupe des cas; n2= groupe des témoins
Des résultats selon plusieurs méthodes sont disponibles

Taille d'échantillon Chi-deux corrigé ou Fisher	package Epicalc 2.9.0.1
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de sujet 351 • Nombre sujet dans le groupe 1 117 • Nombre sujet dans le groupe 2 234 • Méthode Case Control Chisq with Yates continuity correction • Alternative one.sided 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de sujet 351 • Nombre sujet dans le groupe 1 117 • Nombre sujet dans le groupe 2 234 • Alpha (erreur de type I) 0.05 • Puissance 0.9

2.3.4 Méthode de collecte des données :

Nous avons utilisé une méthode d'enquête matérialisée par un protocole (questionnaire guide d'entretien d'approche quantitative) pour récolter les données qui ont été analysés statistiquement.

2.3.5 Technique de collecte des données

Pour effectuer la collecte de données sur terrain, nous avons utilisé la technique d'interview auprès des mères et l'analyse documentaire dans les structures.

2.3.6 Instrument de collecte des données

La collecte des données était faite à l'aide d'un questionnaire guide d'entretien, ceci avait pour but de collecter les informations relatives à la situation.

2.3.7 Choix et formation des enquêteurs

Nous avons formé 20 enquêteurs pour les 20 structures de référence retenues dans chaque Zone de Santé, en raison d'un enquêteur par structure.

2.3.7.1. Recrutement des enquêteurs :

Pour être retenu comme enquêteur les conditions requises étaient les suivantes :

- Avoir un niveau d'instruction suffisant (diplômé d'état)
- Avoir une connaissance du terrain d'étude
- Avoir la maîtrise de français et de lingala
- Etre disponible

2.3.7.2. Formation des enquêteurs :

Les enquêteurs étaient formés sur les notions telles que les procédures de randomisation de participants, les techniques de collecte des données et la tenue de l'outil d'enquête, les principes d'éthique de recherche et la confidentialité des réponses fournies par les enquêtées. Enfin un suivi est fait par la responsable de l'étude.

2.4 Considération éthique

Il s'est agi de veiller à ce que ces pratiques soient conformes aux obligations éthiques de toutes les personnes auprès desquelles des données seront recueillies. Cette recherche s'est conformée aux obligations concernant le respect de la dignité des personnes enquêtées, les droits de participation à l'étude, la confidentialité des réponses fournies et la prévention des préjudices. Elles étaient observées de façon continue durant l'ensemble du processus de collecte de données et à la diffusion des résultats.

Des informations sur les sujets étaient obtenues verbalement et des explications sur des aspects éthiques de la recherche leur étaient fournies par le biais d'une feuille explicative qui était jointe à chaque questionnaire. Les répondants étaient assurés que leur participation était libre et volontaire, et qu'ils peuvent mettre fin à leur collaboration sans que ce geste leur porte préjudice.

2.5 Plan de traitement et analyse des données

Les données provenant de site de collecte consignées sur les outils de collecte des données par les enquêteurs ont été compilées, codifiées, la saisie des données était faite au moyen du logiciel Epi info version 3.5.4 pour analyser les variables d'identification des répondants.

Premièrement, nous avons procédé à une description des données en calculant les proportions et pourcentages (prévalences) pour les variables qualitatives tandis que sur les variables quantitatives, nous avons calculé la moyenne et l'écart type.

Deuxièmement, en analyse bi-variée, nous avons croisé les variables indépendantes avec la variable dépendante pour établir l'existence ou non des liens entre les différents facteurs et la mortalité néonatale à l'aide du test de chi-carré de Mack Menar (Khi2). Les différences étaient considérées significatives pour une valeur de $p < 0,05\%$ et la régression logistique binaire en ajustant sur l'ensemble des cofacteurs. Ce dernier avait donné l'effet de chaque variable indépendante (explicative) prise dans l'ensemble.

III. PRESENTATION, ANALYSES ET INTERPRETATIONS DES RESULTATS

3.1 Analyse Descriptive

Tableau 3.1 Taux de mortalité néonatale

Naissances vivantes	PERIODE 0 à 7 J		PERIODE 8 à 28 J		PERIODE NEONATALE	
	Décès 0 à 7 J	TMNPN (pour 1 000 NV)	Décès 7 à 27 J	TMNNT (pour 1 000 NV)	TOTAL DECES	TMNNG (pour 1 000 NV)
351	42	120	75	214	117	333

Le taux de mortalité néonatale précoce était de 120 décès pour 1000 naissances vivantes. Par ailleurs, le taux de mortalité

néonatale tardive était de 214 décès pour 1000 naissances vivantes. Le taux global de mortalité néonatale s'élève à 333 décès pour 1000 naissances.

3.2 Analyse Bi-Variée

Tableau 3.2 Mortalité néonatale et caractéristiques sociodémographiques

Variables	Modalités	Décédés	Vivants	p	S
	N=351	n=117	n=234		
Age (médiann [IQR])		29.00 [23.00, 34.00]	27.00 [22.00,32.00]	0.024	S
Niveau d'instruction (%)	*Autres	(59.0)	(68.8)	0.088	NS
	Analphabète	(41.0)	(31.2)		
secteur(%)	*Public	(6.8)	(12.4)	0.218	NS
	Indépendant	(81.2)	(78.6)		
	Privé	(12.0)	(9.0)		
Etat matrimonial (%)	Marié	(58.1)	(66.2)	0.170	NS
	Non mariée	(41.9)	(33.8)		
Niveau de vie (%)	Faible	(50.4)	(37.6)	0.029	S
	Moyen	(49.6)	(62.4)		

Ce tableau montre que l'âge des mères (p=0.024), et le faible niveau de vie (p=0.029) sont significativement associés à la mortalité néonatale.

Tableau 3.3 Caractéristiques de grossesse et mortalité néonatale

Variables	Modalité	Décédés	Vivants	p	S
	N=351	n=117	n=234		
Parité (%)	*Primipare	(31.6)	(35.5)	0.551	NS
	Multipare	(68.4)	(64.5)		
Age dernier accouchement (médiann [IQR])		28.00 [22.00,32.00]	26.00 [21.00,30.00]	0.099	NS
Intervalle inter-génésiqne (%)	*2 ans et plus	(58.2)	(65.5)	0.303	NS
	Moins de 2 ans	(41.8)	(34.5)		
Sexe de l'enfant (%)	Féminin	(52.1)	(50.4)	0.850	NS
	Masculin	(47.9)	(49.6)		
Voie d'accouchement (%)	*Basse	(77.8)	(82.5)	0.362	NS
	Haute	(22.2)	(17.5)		
Utérus cicatriciel (%)	Non	(83.8)	(87.2)	0.479	NS
	Oui	(16.2)	(12.8)		

Ce tableau montre qu'il n'y avait aucune association significative entre la survenue de décès et les différentes variables choisies pour cette étude.

Tableau 3.4 Complications à l'accouchement et mortalité néonatale

Variables	Modalité	Décédés	vivants	p	S
	N=351	n=117			
HTA gravidique (%)	Non	(78.6)	(86.8)	0.071	NS
	Oui	(21.4)	(13.2)		
Diabète gestationnel (%)	Non	(89.7)	(97.0)	0.010	S
	Oui	(10.3)	(3.0)		
Pré-éclampsie (%)	Non	(78.6)	(86.8)	0.071	NS
	Oui	(21.4)	(13.2)		
Vaginose bactérienne (%)	Non	(91.5)	(95.7)	0.166	NS
	Oui	(8.5)	(4.3)		
Gonococcie à chlamydia (%)	Non	(82.9)	(85.0)	0.716	NS
	Oui	(17.1)	(15.0)		
Paludisme (%)	Non	(33.3)	(40.6)	0.229	NS
	Oui	(66.7)	(59.4)		

Le diabète gestationnel était l'unique facteur de la mortalité néonatale lié à la complication de l'accouchement (p=0.01).

Tableau 3.5 Mortalité néonatale liés aux caractéristiques du nouveau nés

Variables	Décès n=117	Vivant n=234	P	S
APGAR1 (%)	(59.0)	(59.0)	<0.001	S
	(41.0)	(41.0)		
APGAR5 (%)	(59.8)	(59.8)	0.908	NS
	(40.2)	(40.2)		
	(23.9)	(23.9)		
Poids à la naissance (median[IQR])	3300.00 [3000.00-3300.00]	3300.00 [3200.00, 3300.00]	0.070	NS

En lisant ce tableau, nous constatons qu'un APGAR < 3 à 1 min (p<0.001) est un facteur associé significativement à la mortalité néonatale à la naissance.

3.3 Analyses multi variables

Variabes	OR	IC	Beta	ES	WALD	P	S
Age	1,16562	1,035635 - 1,3163	0,15326	0,05993	2,557	0,0105	*
Niveau d'instruction	1,00000						
Autres							
Analphabète	1,18893	0,635191- 2,2056	0,17305	0,31656	0,547	0,5846	
Age de dernier accouchement	0,92251	0,817148- 1,0387	-0,08065	0,05974	-1,35	0,1770	
Intervalle inter génésique	1,00000						
2 ans et plus							
Moins de 2 ans	2,01966	1,021601-4,058	0,70293	0,35052	2,005	0,0449	*
Diabète gestationnel (non)	1,00000						
Oui	4,97808	0,762418- 98,3664	1,60504	1,12241	1,43	0,1527	
Méconium Non	1,00000						
Oui	2,22396	0,788449- 6,3326	0,79929	0,52669	1,518	0,1291	
Souffrance fœtale Non	1,00000						
Oui	2,62027	1,179464-5,878	0,96328	0,40741	2,364	0,0181	*
APGAR1 Non	1,00000						
Oui	1,72544	0,890807- 3,3256	0,54548	0,33482	1,629	0,1033	

Dans ce modèle final ; plus on avance en une année d'âge, le risque de la mortalité neonatale se multiplie à 1,16562 fois. (OR= 1,16562 IC95 [1,035635 -1,3163]. p=0,0105).

Quant à l'Intervalle inter génésique, l'intervalle de moins de 2 ans multiplie à 2,01966 le risque de la mortalité neonatale (OR= 2,01966 IC95 [1,021601-4,058]. p=0.0449).

La Souffrance fœtale aigue multiplie à 2,62027fois le risque de mortalité Néonatale. (OR=2,62027IC95 [1,179464-5,878]. p=0.0181).

IV. DISCUSSIONS DES RESULTATS

Cette étude a voulu identifier les déterminants de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani

4.1 Niveau de la mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale varie d'un pays à un autre, malgré l'avancée des connaissances sur le travail de la mortalité néonatale et l'application d'interventions multiples de santé publique pour tenter de le réduire, les taux de la mortalité néonatale continuent à augmenter ces dernières années dans la plupart de pays.

Comme nous avons trouvé pour cette étude, le taux de mortalité néonatale globale était de 333 pour mille naissances vivantes. Ce taux trouvé ne s'éloigne pas de ceux trouvés dans la littérature par d'autres chercheurs. Ce résultat est supérieur à celui de Kabera S., [8] après ses recherches au cours de la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006, il a conclu que le taux de mortalité néonatale précoce était de 13.7 % tandis que le taux de mortalité néonatale tardive était de 1.6% ;au cours de la même période 1479 nouveau-nés ont été hospitalisés dans le service de néonatalogie de l'hôpital de Muhima et 226 sont décédés soit un taux de mortalité néonatale intra-hospitalière de 15.3 % toutes causes confondues [9].

4.2 Déterminants de la mortalité néonatale

Dans le modèle final de la régression logistique, les facteurs de mortalité néonatale retenus étaient les suivants : l'âge des mères, Intervalle inter génésique de moins de 2 ans, la souffrance fœtale aigue. En détails, plus on avance en une année d'âge, le risque de la mortalité néonatale se multiplie à 1,16562 fois. (OR= 1,16562 IC₉₅ [1,035635 -1,3163]. p=0,0105). Ce résultat corrobore de ceux trouvés par Diongue en 2021 dans son analyse multi variée, les facteurs de risque associés au fœtus de petit poids de naissance (p < 0,05) Etaient :

L'âge(<18ans) (ORaj=4,59), les antécédents obstétricaux de FPN (ORaj=3,25), SIDIBE T. et Coll ajoute que Un âge < 18 et >39 ans sont autant de risque d'accouchement prématuré, de malformation congénitale et de souffrance cérébrale et donc de mortalité néonatale [10].

Quant à l'Intervalle inter génésique, l'intervalle de **moins** de 2 ans **multiplie** à 2,01966 le risque de la mortalité néonatale (OR= 2,01966 IC₉₅ [1,021601-4,058]. p=0.0449). Selon les résultats d'une étude réalisée à Madagascar, parmi le profil des mères, l'intervalle inter-génésique inférieur à deux ans et l'absence ou l'irrégularité du suivi des consultations prénatales s'accompagnent d'une proportion de décès néonataux significativement plus élevée [10].

La Souffrance fœtale aigue multiplie à 2,62027fois le risque de mortalité Néonatale (OR=2,62027IC95 [1,179464-5,878]. p=0.0181). Ce résultat rejoint celui de Konaté et al., (2019) qui avaient trouvé que la souffrance fœtale aigue était plus fréquente avec 34,5 % dans la mortalité néonatale [11]. Ce résultat est aussi soutenu par celui de Harrir nora et coll., (2012), ont trouvé dans une étude réalisé sur les facteurs de risques de mortalité néonatale dans l'hôpital de gynécologie obstétrique de la wilaya de sidi Bel Abbes en Algérie, donc pour eux la souffrance fœtale aigue était un facteur de risque de la mortalité néonatale. (OR= 3,4 [1,89-5,14]. p=0,001) [12].

V. CONCLUSION

Cette étude cas-témoins a bien voulu améliorer la santé du nouveau-né pendant la période néonatale en identifiant le différent niveau et déterminants de la mortalité néonatale en milieu hospitalier dans la ville de Kisangani.

En milieu hospitalier de Kisangani nous avons retenu que plus on avance en une année d'âge, le risque de la mortalité néonatale se multiplie à 1,16562 fois. (OR= 1,16562 IC₉₅ [1,035635 -1,3163]. p=0,0105). Quant à l'Intervalle inter génésique, l'intervalle de moins de 2 ans multiplie à 2,01966 le risque de la mortalité néonatale (OR= 2,01966 IC₉₅ [1,021601-4,058]. p=0.0449).

La Souffrance fœtale aigue multiplie à 2,62027fois le risque de mortalité Néonatale. (OR=2,62027IC95 [1,179464-5,878]. p=0.0181).

Ces résultats nous permettent de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepté l'hypothèse alternative.

VI. RECOMMANDATIONS

Eu égard au résultat ci-haut, nous formulons les recommandations suivantes :

- Organiser les campagnes de sensibilisation en faveur de la jeunesse au sujet de la conception entre 20 et 40 ans.
- Sensibiliser les jeunes couples sur les avantages de l'espacement des naissances : planification familiale, l'utilisation des méthodes contraceptives chimiques ou mécaniques et l'allaitement maternel exclusif.
- Equiper les structures sanitaires en matériel d'accouchement (partogramme).
- Inciter les femmes à se présenter dans les services médicaux dès le début du travail d'accouchement.
- Inciter les femmes à haut risque à se faire consulter régulièrement par le personnel médical.
- Assurer la formation continue des prestataires des soins sur la prise en charges des femmes : pendant la grossesse, pendant l'accouchement et dans les suites de l'accouchement (pendant la période néonatale).

REFERENCES

- [1] Beck et al., 2010 : Home care in Europe: A systematic literature review, BMC Health Services Research, 11(art. 207)
- [2] Bennett et al., 2019 : Anémie de La grossesse au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest), 1995-1996 : prévalence et facteurs associés. Bulletin de l'Organisation Mondiale de La Sante 2019 ; 2:141-145.
- [3] Berthe M. et coll., (2013) la relation entre le pronostic materno-fœtal à la distance parcourue et le mode d'admission dans le district sanitaire de Kéniéba au Mali.
- [4] Blondel et al., 2012 : Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19, Proceedings of the National Academy of Sciences, 117(18), p. 9696-9698. Epidemiologisches Meldesystem, AGES COVID19 dashboard
- [5] Charaf, K., Aboussad, A., Sabir, I., Baali, A., Cherkaoui, M., & Vimard, P. (2013). Les décès infanto-juvéniles dans les populations du Haut Atlas: une autre réalité épidémiologique. Revue marocaine des maladies de l'enfant, (31), 31-35
- [6] Dicko Traoré, F., Sylla, M., Diakité, A. A., Soilihi, A., N'Diaye, M. D., Togo, B., ... Sidibé, T. (2010). Problématique du transfert néonatal vers le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Mali médical, 25(4).
- [7] Dicko-Traoré, F., Sylla, M., Traoré, Y., Traoré, A., Diall, H., Diakité, A. A., ... others. (2014). Unité de néonatalogie de référence nationale du Mali: état des lieux. Santé Publique, 26(1), 115-121.
- [8] Diongue, M. (2021). ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE DU FAIBLE POIDS DE NAISSANCE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLDA EN 2018 (SENEGAL). Revue Africaine et Malgache de Recherche Scientifique/Sciences de la Santé, 1(3), Article 3. <http://publication.lecames.org/index.php/sante/article/view/2299>
- [9] DPS TSHOPO, 2020 : Rapport de la division provinciale de la santé sur la santé mère et de l'enfant dans la province de Tshopo, Kisangani 2020.
- [10] EDS, 2017 : Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Congo. Ministère de la Santé et de la Population ; 2017.
- [11] Ezzo et al., 2019 : Etude de la Mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré : de l'épidémiologie à l'audit. Thèse de médecine 2008 ; pp. 58-69
- [12] Ezeh, O. K., Agho, K. E., Dibley, M. J., Hall, J., & Page, A. N. (2014). Determinants of neonatal mortality in Nigeria: evidence from the 2008 demographic and health survey. BMC Public Health, 14(1), 521.