



LES FACTEURS EXPLICATIFS DES DECES AU SERVICE DE NEONATALOGIE DE L'HOPITAL LAQUINTINI DE DOUALA

LINJOUOM ABDOU¹

Henri Lucien KAMGA²

Mireille KAPTSO³

1= Dr. LINJOUOM ABDOU : Délégation régional de la santé publique du littoral (CERPLE)

2= Prof. Henri Lucien KAMGA : Vice doyen de la Faculté de médecine S Université de Yaoundé I.

3= Dr. Mireille KAPTSO : Chargé de cours à la faculté de Sciences de l'université de Douala.

Reçu : 18 Juillet, 2022 ; **Accepté :** 01 Août, 2022 ; **Publié :** 20 Septembre 2022

DOI : <https://doi.org/10.53236/29>

RESUME

Selon l'organisation mondiale de la santé plus de 3 millions de nouveau nés meurent durant le premier mois de vie. Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Asie (41%), en Afrique de l'Ouest et centrale (45%). Au Cameroun le taux de mortalité néonatale était de 31% en 2011.

Cependant il est encore difficile d'établir dans notre contexte les facteurs expliquant ces décès. Notre objectif était de déterminer les facteurs explicatifs des décès au service de néonatalogie de l'Hôpital Laquintini de Douala (HLD). Il s'agit d'une étude quantitative à visée descriptive qui s'est déroulée du 20 juillet 2020 au 17 Novembre 2020 auprès de 30 mères d'enfants hospitalisés au service de Néonatalogie de L'HLD. L'outil de collecte des données est un questionnaire.

Au bout de cette étude, Il ressort de notre enquête que : 73% des mères d'enfant étaient âgées de 20-30 ans, 43,33% avaient un niveau d'instruction universitaire, 56,66% étaient célibataires, 60% n'avaient aucune activité rémunératrice. Pour ce qui est des facteurs liés aux mères d'enfants qui favorisent la mortalité néonatale, nous avons : 30% des mères étaient à leur premier geste, 56,67% des mères ont eu le paludisme pendant la grossesse. Parlant des facteurs liés aux enfants et aux services nous avons : la prématurité a été observée chez 43,33% d'enfant, les infections néonatales chez 30% et l'hyperthermie chez 20% des enfants. 33,33% des mères peinent à faire 4 CPN au cours de leur grossesse. 43,33% ont eu un travail prolongé pendant l'accouchement. Enfin, en ce qui concerne les facteurs liés au service, nous avons

l'insuffisance du matériel stérile dans le service, la charge du travail élevé pour le personnel (1 infirmier pour 6 patients). Il est évident qu'une large diffusion sur la sensibilisation, la prévention et le respect des règles d'asepsie chez ces derniers ainsi que la réduction du coût des bilans et la gratuité des visites pour la consultation prénatale pourraient permettre de réduire ou d'éliminer en même temps les conséquences néfastes pour la santé tout en réduisant le taux de décès néonatal.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, more than 3 million newborn die in the first month of life. The highest rates were recorded in Asia (41%), West and Central Africa (45%). In Cameroon, the neonatal mortality rate was 31% in 2011. However, it is still difficult to establish in our context the factors behind these deaths. Our goal was to determine the factors that explain neonatal mortality (contributing to the reduction of the death rate) at LHL. This is a quantitative descriptive targeted study among 30 mothers of children. 73% of mothers with children were aged 20-30, 43.33% had university education, 56.66% were single, 60% had no gainful activity. In terms of the factors related to mothers of children that promote neonatal mortality, we have 30% of mothers were in their first act, 56.67% of mothers had malaria during pregnancy. Speaking of factors related to children and services we have: prematurity was observed in 30% of children, neonatal infection was observed in 30% and hyperthermia was observed in 20% a 33.33% of mothers barely make 4 Nhs during their

pregnancy. 43.33% had prolonged labour during childbirth. Finally, with respect to service-related factors, we have the lack of sterile equipment in the service, the high workload for staff. It is obvious that a wide dissemination on awareness, prevention and compliance with the rules of asepsis in the

latter, as well as the reduction of the cost of balance sheets and the free visits for the prenatal consultation could make it possible to reduce or eliminate at the same time the harmful consequences for health while reducing the neonatal death rate.

1-Introduction

La mortalité constitue un des phénomènes démographiques les plus importants en santé publique. Son taux, qui représente le premier indicateur de l'état de santé, est défini comme le rapport entre le nombre de décès qui surviennent en un temps et un espace donné, et l'effectif de la population ou ceux-ci se produisent. (S. Diallo, BOYE C. & al., 2000). En 2009 le nombre de décès néonatal dans le monde était de 3,3 millions (Dr Mikkel Z. Oestergaard 2011). Ce sont les continents de l'Afrique et de l'Asie qui ont beaucoup plus de défis à relever s'agissant de la survie des enfants. En 2007, 9,2 millions d'enfants sont décédés avant l'âge de 5ans. L'Afrique et l'Asie représentent 92% de ces décès (2009). L'Afrique reste la région du monde où un enfant a le plus de mal à survivre jusqu'à l'âge de 5ans. Au Cameroun L'on enregistre 31% comme taux de mortalité néonatale en 2011. (TAKOU).

1-1-Justification de l'étude

La perte d'un bébé est une situation difficile à vivre pour les parents et la famille. Cette réalité se vit un peu partout dans le monde. Selon l'OMS, le taux de mortalité néonatale en 2015 était de 19 pour mille naissances vivantes. Chaque année, 2,6 millions de bébés meurent avant l'âge de d'un mois et certains d'entre eux dès la sortie du sein maternel (Siobhan Devine, Guy Talor 2018).

C'est pendant les 28 premiers jours de la vie que le risque de mortalité est le plus élevé, puisque la mortalité néonatale concerne pratiquement la moitié des décès d'enfant de moins de 5ans. La réduction de la mortalité néonatale est plus lente que pour la mortalité infanto-juvénile. Entre 1990 et 2016, le taux de mortalité néonatale est passé de 37 à 19 pour 1000 naissances vivantes. Soit une proportion de décès néonatale dans la mortalité infanto-juvénile de 41% - 46% (Emi Suzuki & Haruna Kashiwase octobre 2017). Ce taux est reparti de façon disproportionnelle dans le monde. Les taux les

TSAPMENE Vanessa 2012) La majorité de ces décès dans le monde résultent directement de 3 grandes causes qui sont : infections graves (septicémies /pneumonie, tétanos et diarrhées), asphyxie et prématurité. (2009) Dans nos hôpitaux, et principalement à l'hôpital Laquintinie de Douala, nous avons observés aussi beaucoup de décès néonatal. Au Cameroun en 2007 le taux de mortalité néonatale était de 31 pour mille naissances vivantes, en 2012, il passe à 28 pour mille naissances vivantes (Unicef 2014) et de 25,7 pour mille naissances vivantes en 2015 (MINSANTE 2017). Kedy Koum et al en 2015 ont trouvé un taux de mortalité néonatale de 20,3% dans l'hôpital Laquintinie de Douala. La perte d'un bébé est une situation difficile à vivre pour les parents et la famille. Dans l'espoir d'apporter notre contribution, nous nous sommes penchés sur l'étude des facteurs explicatifs de la mortalité néonatale.

plus faible de décès néonataux sont enregistrés dans les pays industrialisés 3 pour 1000 naissances vivantes. Ces taux atteignent 41 pour 1000 naissances vivantes en Asie du sud 45 pour mille naissances vivantes en Afrique l'Ouest et centrale (Patricia M., David A. & al 2009).

Au cours de notre supervision régionale au service de néonatalogie de l'HLD, nous avons constatées un nombre élevé de décès. Sur environ 15 enfants reçus au service nous avons eu 8 décès dans une période de 2 semaines. Nous avons constaté également au cours de la prise en charge de ces enfants une hygiène insuffisante tant chez le personnel que chez la famille en charge de surveiller le bébé. Ceci a particulièrement attiré notre attention au point où nous avons trouvé nécessaire de mener une recherche donc l'objectif générale est de Déterminer les facteurs explicatifs de la mortalité néonatale (contribuant à la réduction du taux de décès) au service de Néonatalogie de L'HLD.

1-2-interet du travail

Réduire la mortalité néonatale dans les services de Néonatalogie par l'élimination des principaux facteurs notamment l'amélioration de la prise en soins infirmière.

Raison personnelle

Du point de vue personnel, nous avons été passionnés par la santé de reproduction. Cette étude nous permettra d'approfondir nos connaissances sur la gestion des infections néonatales qui est un point important sur la santé du nouveau-né. De même nous comptons

2-Méthodologie

2-1-Justification du choix du lieu d'étude

Dans le cadre de notre travail, nous avons choisi comme lieu d'étude l'hôpital Laquintinie de Douala. Ce choix est justifié par plusieurs raisons parmi lesquelles on peut citer :

- L'HLD a été le lieu où nous avons effectués la majeure partie de nos supervisions ;

2-2- Description du lieu d'étude

Autrefois appelé hôpital indigène de Douala, l'HLD vit le jour vers 1920 dans le quartier BONAMOUDOUROU à Deido. Se déplace successivement à BONADIBONG puis à BONAMIKINGUE dans le canton Akwa. C'est vers les années 1930 que sa majesté le chef supérieur BETOTE AKWA à sacrifier ses exploitations agricoles d'une superficie de 9 hectares au profit de la santé des populations. Ceci permis donc l'implantation de l'hôpital sur ce site actuel.

Les premiers bâtiments du nouvel hôpital furent construits entre 1931 et 1934. C'est à la fin de 1941 que l'hôpital indigène de Douala est baptisé

2-3-Type et méthode de recherche

Il s'agit d'une recherche quantitative à visée descriptive. Une étude quantitative est une collecte d'informations permettant de décrire, en les quantifiant, les attitudes, les opinions et les comportements d'une population ou d'un échantillon représentatif de cette population.

2-4-Méthode d'échantillonnage

❖ Population d'étude

Notre étude se fait principalement avec les Mères des nouveau-nés.

❖ Population cible

Notre population cible est constituée des mères donc l'enfant est hospitalisé en néonatalogie pendant la période d'enquête.

contribuer grâce à nos résultats à enrichir la littérature scientifique sur le problème de l'infection néonatale

Raison scientifique

La maîtrise des facteurs favorisant les infections néonatales va permettre de réduire considérablement l'incidence de cette pathologie. De même, une meilleure prévention de l'infection contribue à l'amélioration du taux de mortalité périnatale.

- LHL est l'un des hôpitaux de référence de la région du littoral, et répond aux critères de choix de notre étude par sa forte fréquentation, son plateau technique rénové et sa position géographique.

hôpital Laquintinie de Douala en l'hommage au médecin capitaine français JEAN AUGUSTE LAQUINTINI.

➤ Orientation des nouveau-nés à l'HLD

A l'admission, les nouveau-nés sont dirigés en salle d'accueil pour nouveau-né (à terme ou prématuré) pour être examiné par le médecin généraliste. Après une consultation minutieuse, ils seront orientés dans les salles d'hospitalisations selon leur provenance [maternité HLD, référés des autres maternités ou provenant directement des domiciles] d'une part ; en fonction de leur poids, de l'âge gestationnel et la gravité de l'affection d'autre part.

Dans notre étude, nous avons recherché des éléments qui peuvent expliquer le taux élevé de décès au service de néonatalogie. Il a été donc question de chercher à établir une relation de cause à effet, qui cadre exactement avec les études quantitatives descriptives.

❖ Choix de la technique d'échantillonnage

Pour effectuer notre étude, nous avons utilisé la technique non probabiliste notamment l'échantillonnage de convenance ici les individus sont choisis en fonction d'une caractéristique dominante. Nous avons

enquête au fur et à mesure les parents qui ont un bébé dans le service.

❖ Taille de l'échantillon

Notre échantillonnage est de type exhaustif dont tous ; Tous les enfants hospitalisés en cette période dans le service de néonatalogie.

2-5-collecte des données

2-5-1- Présentation de l'outil de collecte des données

Pour cette étude nous avons utilisé 2 outils de collectes de données à savoir :

-Un questionnaire organisé autour de nos objectifs de recherche adressé aux parents et

2-5-2- Technique de collecte des données

-Durée de l'enquête

Cette étude a durée de sept mois de juillet à Novembre 2020

-Déroulement de l'enquête

Muni d'une autorisation d'enquête du directeur de l'hôpital Laquintinie de Douala qui nous a donné son accord. Nous avons expliqué en quoi consiste notre travail après avoir identifié au préalable tous les bébés qui répondent à nos critères d'inclusions. Notre enquête s'est déroulée du 22/07/2020 au 30/07/2020 au service de Néonatalogie de l'HLD. L'enquête

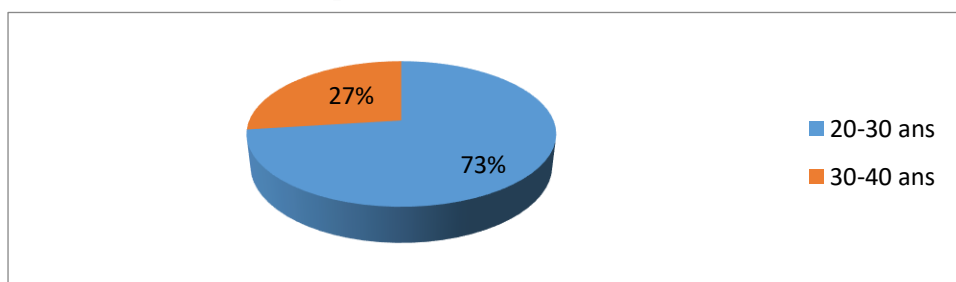
2-6-Considérations éthiques

Le respect de l'éthique est l'une des exigences d'un travail scientifique. L'éthique de la recherche a, en effet, pour objectif d'établir un équilibre entre la nécessité de la recherche, considérée comme un engagement moral fondamental visant à améliorer le bien-être de l'humanité et la préservation de la dignité humaine (Loiselle et al, 2007).

3-Résultats et discussions

3-1- Résultats

3-1-1-Identification des répondantes



❖ Critère d'inclusion

- Tout enfants hospitalisés au service de néonatalogie de l'HLD :
- Accepter de se soumettre à l'étude.

❖ Critère de non inclusion

- Nouveau-né admis au service et dont la période néonatale est expirée ;
- Toute personne refusant de coopérer.

constitué de 06 rubriques et d'environ 35 questions.

-Et une grille d'observation constitué de 2 rubriques : respect d'asepsie et de la prise en soins.

proprement dite s'est faite sur la base d'un questionnaire qui a été rempli par les mères que nous rencontrés au service.

-Dépouillement et traitement des résultats

Les données collectées ont été dépouillés et traiter de façon manuelle par nous-même à l'aide d'une calculatrice scientifique, d'un stylo et des formats A4. Les statistiques se sont faits à l'aide du logiciel Microsoft, Excel 2013. Les résultats obtenus ont été présentés sous forme de figures et de tableaux.

Dans le cadre du respect de l'éthique se rapportant à la recherche, nous avons pris les mesures de précautions suivantes :

- Un accord de la part du directeur de l'HLD suite à une demande manuscrite que nous lui avons adressé
- Une note a l'attention des enquêtés a été écrite précisant le but de la recherche et les principes de la confidentialité et d'anonymat

Figure I: Tranche d'âge des répondantes

Il ressort de cette figure que la majorité des répondantes est âgée entre 20-30 ans soit 73%.

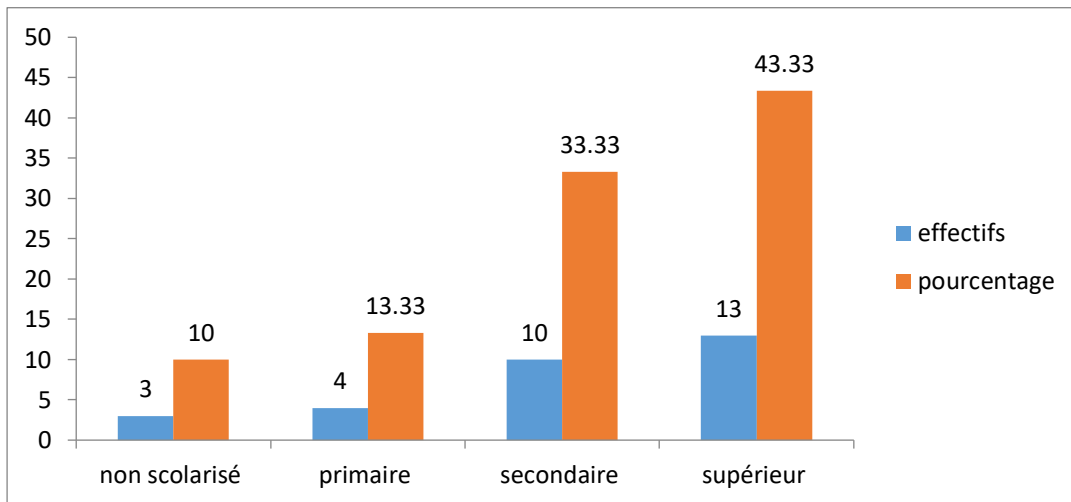


Figure II : Niveau d'étude des répondantes

Il ressort de cette figure que 43,33% des répondantes ont atteint le niveau supérieur.

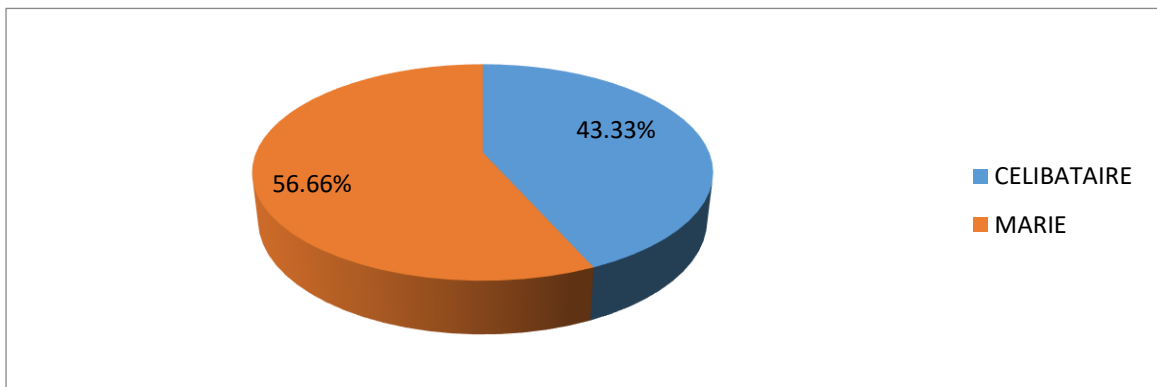


Figure III: Statut matrimoniale

Il ressort de cette figure que 56,66% des répondantes sont célibataires.

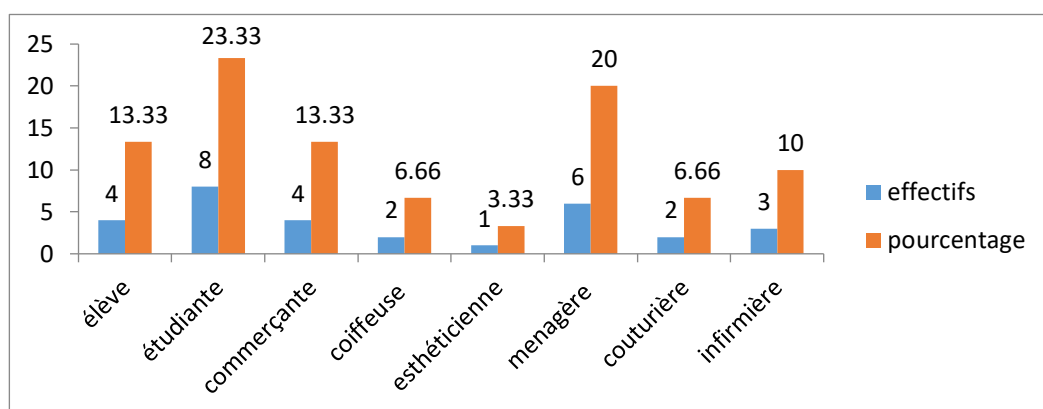


Figure IV : Profession des répondantes

Il ressort de cette figure que 23,33% des répondantes sont étudiantes suivi de 20% qui sont ménagères.

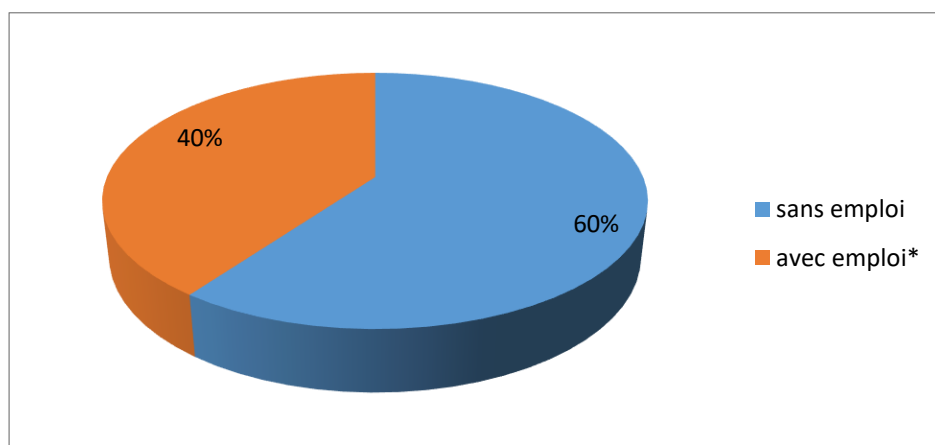


Figure V : Répartition en fonction d'activités rémunératrices Il ressort de cette figure que 60% des répondantes sont sans activité rémunératrice.

3-1-2-Facteurs Lie aux mères

Tableau I : parité des répondants en fonction de leur tranche d'âge

Age	20-30 ans		30-40 ans		Total	
	E	%	E	%	E	%
1	9	30	0	0	9	30
2	6	20	0	0	6	20
3	4	13,33	0	0	4	13,33
4	3	10	2	6,66	5	16,66
5	0	0	2	6,66	2	6,66
6	0	0	2	6,66	2	6,66
7	0	0	2	6,66	2	6,66
Total	22	73,33	8	26,66	30	100

Ce tableau ressort que 30% des répondantes sont à leur premier geste

Tableau II: Nombre de CPN effectué en fonction du niveau d'instruction

Niveau Scolaire	NON SCOLARISE		PRIMAIRE		SECONDAIRE		SUPERIEUR		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
3	1	3,33	0	0	4	13,33	1	3,33	6	20
4	1	3,33	0	0	0	0	3	10	4	13,33
5	0	0	1	3,33	3	10	3	10	7	23,33
6	0	0	1	3,33	0	0	3	10	4	13,33
7	0	0	1	3,33	2	6,66	0	0	3	10
8	1	3,33	1	3,33	0	0	3	10	5	16,67
9	0	0	0	0	1	3,33	0	0	1	3,33
TOTAL	3	10	4	13,33	10	33,33	13	43,33	30	100

Il ressort de ce tableau que 43,33% des répondantes ont un niveau supérieur et 23,33 ont effectués 5 consultations prénatales.

Tableau III: Pathologie pendant la grossesse et type de grossesse

Type de grossesse Pathologie	NORMAL		A RISQUE		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
Aucune	5	16,66	3	10	8	26,67
Paludisme	14	46,66	3	10	17	56,66
Appendicite	0	0	1	3,33	1	3,33
Hémorragie	0	0	2	6,66	2	6,66
Infection génitale	2	6,66	0	0	2	6,66
TOTAL	21	70	9	30	30	90

De ce tableau il ressort que 56,67% de femme ont soufferts du paludisme pendant leurs grossesses et 30% de grossesse étaient à risque. Il est important de préciser que 100% des répondantes ont effectués leurs visites prénatales dans des centres hospitaliers autres que LHL.

3-1-3-facteurs liés à l'enfant

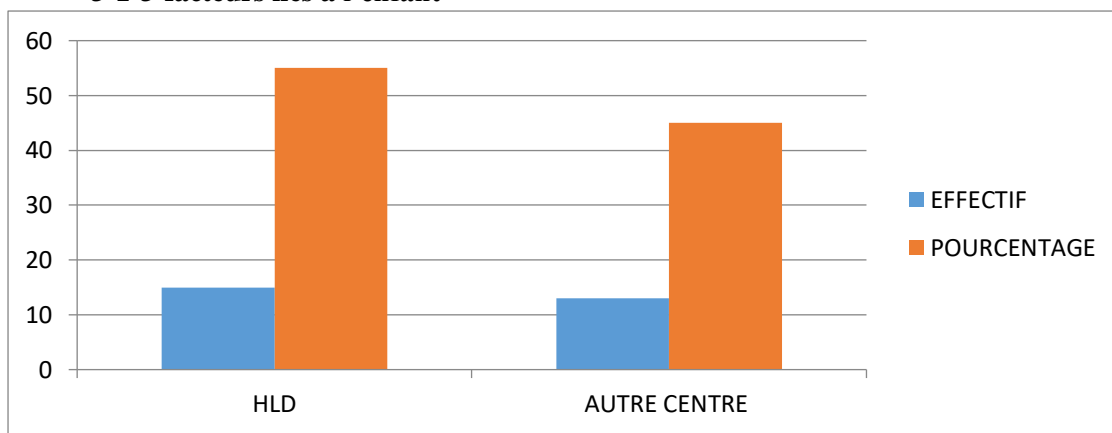


Figure VI Répartition en fonction du lieu de naissance

IL ressort de ce tableau que 53,33% d'enfants sont nés à l'hôpital Laquintinie de Douala.

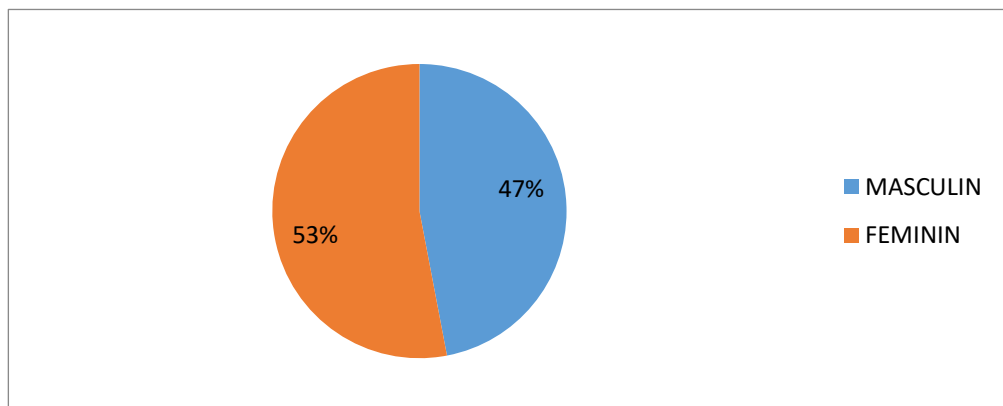


Figure VII: Sexe des enfants dans le service

Cette figure nous montre que, 53,33% des enfants sont de sexe féminin

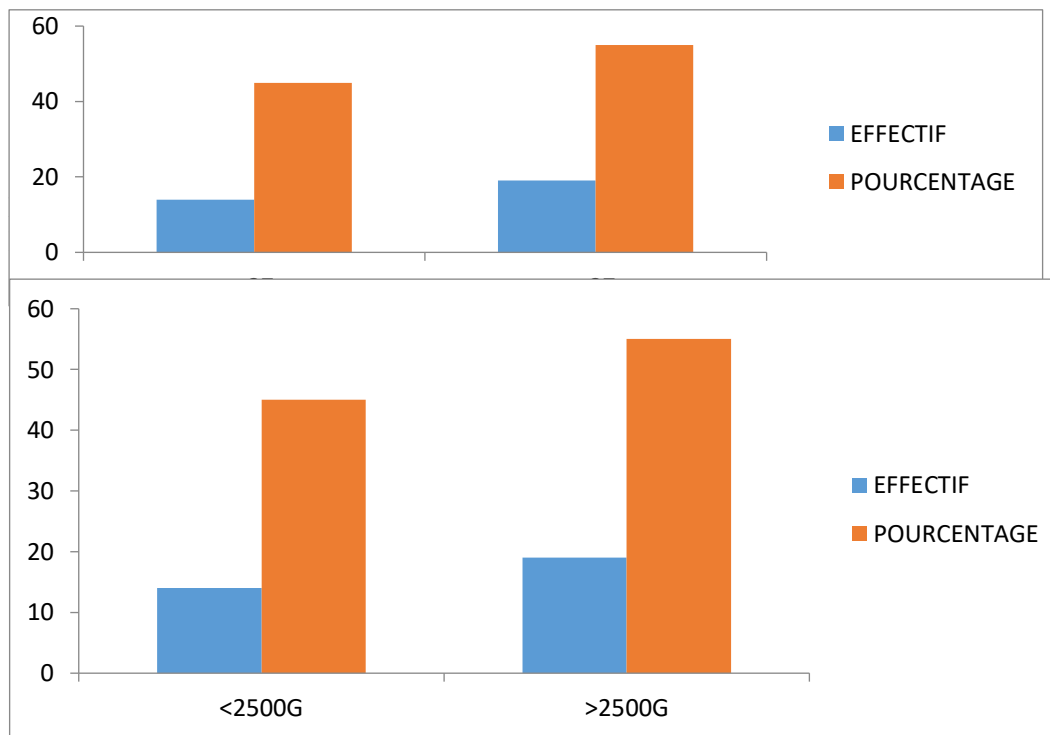


Figure IX: Poids des enfants à la naissance

Cette figure nous montre que 56,66 % sont nés avec un poids supérieur ou égal à 2500 grammes.

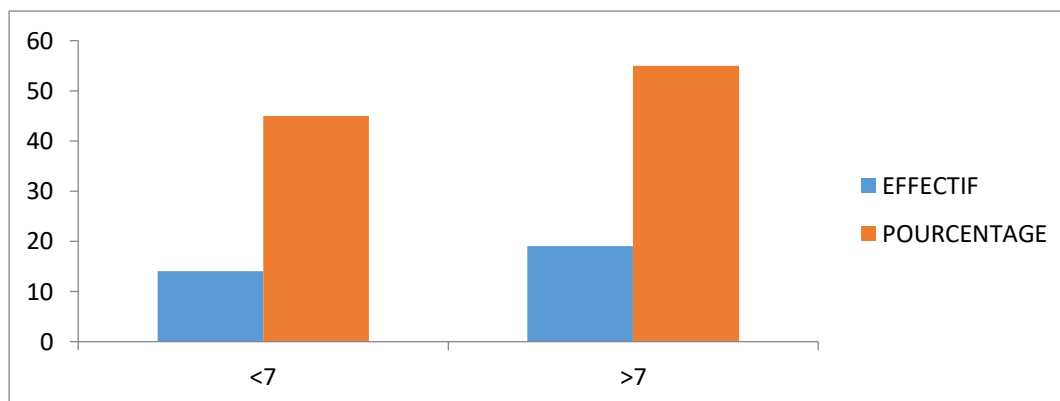


Figure X : Score d'APGAR

De cette figure, il ressort que 53,33% ont eu un score d'APGAR supérieur à 7.

Tableau IV : Répartition des nouveau-nés selon les pathologies en hospitalisation

PATHOLOGIES	Effectifs	%
Cyanose	3	10
Hyperthermie	6	20
Asphyxie	3	10
Infection néonatale	9	30
Prématurité	9	30
TOTAL	30	100

Ce tableau montre que 30% des enfants entre en service suite à une infection néonatale suivi de la prématurité au même taux.

3-1-4-facteurs lie au service analyse de la grille d'observation

Tableau V: Présentation du matériel existant

Matériels existant	Nombres
Couveuses fonctionnel	4
Couveuses non fonctionnel	3
Sorti d'oxygène	28
Lits	28
Radianes	3
Unité de soin intensif	1 salle d'un lit
Point d'eau pour lavage des mains	Existant dans toutes les salles

Le nombre d'infirmiers était de 5 infirmiers en journée et 5 la nuit toute IDE. Soit un ratio de 1 infirmier pour 6 patients.

Tableau VI: Présentation des activités de prise en soins

ACTIVITES	Effectué	Non effectué
Lavage des mains avant le soin		Oui
Lavage des mains après les soins	Oui	
Port des gants	Oui	
Toilette du bébé par les infirmiers		Oui
Toilette par le parent	Oui	
Désinfection des couveuses	Oui A l'entrée du patient	
Remplacement de la sonde naso-gastrique	Oui après 3jours	
Surveillance de l'enfant par l'infirmier	Oui	
Surveillance de l'enfant par le parent	Oui	
Education des patients	Elle se fait au cours du séjour	

3-2-Discussions

Après la présentation des résultats de notre étude, il sera question pour nous dans ce chapitre de faire la synthèse et la discussion des

3-2-1-identification des répondantes

Des résultats obtenus : la tranche d'âge de 20-30 ans est la plus représentée avec 73,33%. Cette tranche correspond à la période où la fécondité chez la femme est plus importante.

Parlant du niveau d'étude, 43,33% était au niveau supérieur. Dont on fait l'université et sont supposées mieux connaître l'importance de la CPN et des examens puisque déjà au secondaire l'étude sur les pathologies fait partir du programme. Contrairement à une étude menée par Takou Vanessa à 1 HGOPY sur les facteurs de risque de la mortalité néonatale en 2012, le niveau d'instruction primaire et secondaire était plus élevé. Ce taux se justifie par le fait que LHL D est un hôpital de troisième référence et reçoit par conséquent les patients venant de toutes

résultats les plus significatifs qui ont retenu notre attention. Ces points sont en rapport avec :

les formations sanitaires de la ville de Douala et des environs le plus souvent à des stades de complications souvent très avancé. Concernant le statut matrimonial 56,66% des répondantes sont célibataires. Ceci pourrait être lié au fait que les femmes mariées bénéficient généralement d'une contribution financière et d'un appui psychoaffectifs de leur conjoint, contrairement aux femmes célibataires. Ce qui certainement renforce l'importance d'un conjoint dans l'organisation des activités de la vie en général. Ces résultats vont de pairs avec celui de D. Kedy Koum et al en 2005 sur la morbidité et la mortalité en néonatalogie à LHL D.

S'agissant de l'activité rémunératrice 60% des répondantes sont sans emploi. Elles sont

dont totalement dépendantes. Les soins à l'hôpital n'étant plus gratuits Ceci pourrait expliquer les

3-2-facteurs émanant des mères

En ce qui concerne la parité, 30% des répondantes étaient à leur premier geste donc des primipares. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les mères primipares sont généralement sujettes aux grossesses à risques de part le risque élevé de prééclampsie / éclampsie.

S'agissant du lieu de consultations prénatales, toutes les répondantes ont fait leur CPN dans des centres autres que l'HLD. Ceci pourrait être à cause du fait que LHLDD est un hôpital de référence pour le suivi et les accouchements des grossesses à risque. On y transfère en principe des femmes ayant fait leurs consultations prénatales dans d'autres formations sanitaires pour des grossesses ou des accouchements à risque, également des nouveau-nés malades.

Dix personnes ont fait un nombre de CPN inférieur ou égale à 4 (33,33%). L'OMS recommande de faire au minimum 4 CPN pour une évolution de grossesse normale. Dans le même sens, D. Kedy Koum a trouvé un lien significatif

3-3-facteurs liés aux enfants

Concernant le poids de naissance, 43,33% de bébé ont un poids de naissance faible c'est-à-dire inférieur à 2500g et 43,33% sont prématurés. Ces chiffres sont plus élevés que ceux retrouvés dans par Kedy Koum et al sur la morbidité et la mortalité néonatale dans un hôpital de district dans la même ville. Ceci s'explique par le fait que LHLDD soit un centre de référence pour les prématurés et faible poids de naissance. 46,66% ont eu un score d'APGAR inférieur ou égale à 7. Donc ont été probablement réanimés pour certains ou bien pratiqués une désobstruction des voies respiratoires pour d'autres.

3-4-Facteurs liés à la prise en soins

Le service de néonatalogie de LHLDD ou nous avons mené nos enquêtes à un effectif de 25 infirmiers soit 5 infirmiers par équipe dans le service. Nous avons pu faire un ratio d'une infirmière pour 6 patients environ. Dans la 4^e édition du livre de néonatalogie, il est recommandé 1-1,5 infirmier pour 2 malades en USIN. Et 1 infirmier pour 3 patients ou au plus 4 malades en dehors des soins intensifs.

En ce qui concerne l'utilisation des blouses stériles, il est presque inexistant dans le

non réalisations de certains examens prénataux, des CPN.

par rapport au nombre insuffisant de CPN dans la mortalité néonatale.

Au niveau des pathologies, le paludisme est la maladie qui a affecté la majorité des répondantes pendant la grossesse soit 46,66% ce qui est à l'origine des naissances prématurées. (OMS 2012) 56,66% ont eu un temps de travail supérieur à 12h ceci augmente donc le risque d'infections, d'asphyxie et même de mortalité. L'accouchement par césarienne représente 36,66% des cas. Et sa principale indication est la position transverse (27,27%) Cependant la césarienne est pratiquée pour protéger la grossesse et n'a aucun impact sur la mortalité néonatale. Cette décision, lorsqu'elle est bien prise améliore la survie du nouveau-né et de sa maman. (OMS 2015) le taux élevé de césarienne s'explique du fait que LHLDD est un hôpital de référence ou est référé dans la plupart de temps des parturientes nécessitant des césariennes d'urgence.

S'agissant des pathologies qui ont motivés leurs hospitalisations, l'infection néonatale (30%) qui pour la plupart des temps sont des infections nosocomiales, la prématurité (30%) et même la fièvre (20%) qui peut être un signe d'infection ou du paludisme (car 46,66% des mamans l'ont eu pendant la grossesse) étaient les principales pathologies observées. Ceci pourrait être à cause du temps de travail supérieur à 12h observé chez 56,66% des répondantes, ce qui est un facteur favorisant les infections néonatales.

service alors qu'il est recommandé à tout le personnel et parent quand on est en présence du bébé. La toilette du bébé, est faite par le parent seul et la désinfection des couveuses se fait le plus souvent à l'entrée du patient. Dans la norme la toilette doit être faite par l'infirmier

Le lavage des mains par le personnel est souvent négligé à cause du port de gants. Pourtant le port des gants n'exclut en rien le lavage des mains qui contribue à la diminution des germes

au moment des soins des enfants à cause de leur vulnérabilité liée à leurs immaturités.

L'IEC à l'endroit des parents est faite au cours du séjour dans le service. Les mamans ne sont pas enseignées à l'arrivée dans le service ce qui augmente les risques de contaminations par

les mamans qui font la plupart des soins aux enfants.

L'USIN est insuffisant pour le service car on peut recevoir plusieurs enfants au même moment et ce n'est pas acceptable de mettre plus d'un bébé sur une radiante.

4- Conclusion et Recommandations, Perspectives

4-1-Conclusion

Parvenu au terme de notre analyse, nous avons répertoriés comme facteurs explicatifs des décès au service de néonatalogie de l'Hôpital Laquintinie de Douala les éléments suivants: le niveau scolaire, le faible poids à la naissance, l'absence d'activité rémunératrice chez les mamans, la primarité, le paludisme, la

prématurité, le nombre de CPN insuffisant, le travail prolongé pendant l'accouchement, l'absence dans le service du matériel stérile, la charge du travail élevé pour le personnel et l'insuffisance d'IEC. A cet effet, nous proposons des recommandations suivantes pour remédier à ce problème très crucial.

4-2-Recommandations

A l'endroit du **Ministère de la santé publique du Cameroun**

Étendre le projet « chèque santé » dans le littoral afin de réduire la mortalité maternelle et infantile comme dans le Nord Cameroun

Réduction du coût des bilans dans les formations sanitaires. Approvisionner les maternités par les médicaments aux nouveau-nés après accouchement. Augmentation des effectifs en néonatalogie

-A l'endroit des **Major de CPN; sagefemme**

Créer des groupes de parole dans les hôpitaux pour les parturientes afin qu'elles puissent s'instruire sur la grossesse et la PEC des nouveau-nés.

Renforcer l'information, l'éducation et la communication sur l'importance des consultations prénatales et leurs composantes pour un dépistage précoce des grossesses à risque et leur suivi adéquat.

Renforcement des capacités des personnels sur la prise en charge des enfants

Faire des visites dès le début de la grossesse et de façons régulières pendant la grossesse

-Augmenter les visites à domicile dans les districts de santé pour retrouver et encourager les femmes dans le suivi de la grossesse et la fourniture du service du matériel stérile (blouse, casaque, gel désinfectant pour toutes les salles...)

- Faire des réunions de coordination dans le service de néonatalogie portant sur l'amélioration des prestations des soins dans les centres de santé

-A l'endroit des **femmes** sensibiliser les femmes enceintes et les femmes en Age de procréer sur l'importance de la CPN et les examens lors de la visite prénatale. Dormir sur les MILDA, Prendre les TPI pendant la grossesse

4-3-Perspectives

Faire une même étude à l'hôpital central de Yaoundé pour essayer de faire une comparaison

Bibliographiques

- Ali Honou E Dan V ; Ayini B ; Sosou E ; Gandaho T. ; Koumakpat S.5 ; (1991) médecine d'Afrique noire
- Brigitte GUY, Danielle Chantelot Bernard Louis Salle (Juin 2003) néonatalogie 4e édition
- Christophe Dupont, Pierre Bougneres, Olivier Baud (Août 2001) le score d'apgar 50 ans après : volume 4 numéro 4, juillet
- Danielle Christiane Kedy Koum, Noël Emmanuel Essomba, Guy Pascal Ngaba, Sintat Sintat, Paul Koki Ndombo Et Yves Coppiers. Mars 2015 taux de morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale dans un hôpital de références de Douala
- Dominique Labié août-septembre 2005 le scandale des 4 millions de mort néonatales chaque année ; bilan et actions possibles

- Doctissimo www.doctissimo.fr : la femme enceinte malade
- Dr Jésus Cardenas, Dr Lyonel Rossant, Dr Jacqueline Rossant-Lumbioso (juin 2018) infections néonatales www.doctissimo.fr
- Dr Mikkel L. Oestergrand (2011) communiqué de presse conjoint OMS/Save the children ; la mortalité néonatale le baisse trop lentement surtout en Afrique
- Emi Suzuki, Haruna Kashiwase (19 octobre 2017) blog de donnée : selon les dernières estimations 5000 enfants sont mort chaque jour en 2015
- Futura santé. A quoi sert le score d'apgar ? www.futura-sciences.com
- Institut national de la statistique (décembre 2012) www.statistics-cameroon.org
- Kedy Koum D. Exhenry C, Penda Ci et Al morbidité et mortalité néonatale dans un hôpital de district urbain a ressources limitée à douala-Cameroun
- Léon Tabah Et Jean Sutter (1948) influence respective de l'âge maternel et du rang de naissance sur la mortinatalité. La notion de létalité. www.persee.fr
- OMS 10 avril 2015 la césarienne : une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale, communiqué presse
- OMS Mai 2012 Quinze millions de bébés naissent prématurément chaque année. Communiqué presse.
- Minsanté 2017 rapport de suivi des 100 indicateurs clés de santé au Cameroun en 2017.
- Patricia M., David A. (2009) Unicef situation des enfants dans le monde 2009 : santé maternelle et néonatale
- S. Diallo, Y.Boye Camara, D. Mamady, K. Kone A. Camara S. Bah (2000, 47 ,12) mortalité infanto-juvénile à l'institut de nutrition et de santé de de l'enfant (INSE) médecine d'Afrique noire
- Siobhan Devine, Guy Talor Unicef 2018. Pour chaque enfant, une chance de vivre, l'urgence de mettre fin à la mortalité
- Takou Tsapmene Vanessa (2012) facteurs de risque de la mortalité néonatale à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé thèse publié mémoire www.memoireonline.com