

Tchagbele O-B
Ségbedji KAR
Kombieni K
Talboussouma SM
Folly A
Boume MA
Azoumah KD



Audit des décès néonataux au Centre Hospitalier Universitaire de Kara

<https://dx.doi.org/10.4314/jan.v3i4.2>

Received: 16th July 2025

Accepted: 12th September 2025

Tchagbele O-B (✉)
 Ségbedji KAR, Kombieni K
 Talboussouma SM, Folly A
 Boume MA, Azoumah KD
 Pédiatre au CHU Kara,
 Equipe de Recherche en Santé de
 l'Enfant (ERSE) de l'Université de
 Kara
 Email : otchagbele@gmail.com

Résumé: *Objectif:* identifier les différents retards et les causes de la mortalité néonatale.

Matériel et méthodes: Il s'est agi d'une étude transversale descriptive portant sur 46 cas de décès néonataux audités à l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU-K) sur une période de 06 mois (1^{er} janvier au 30 juin 2023).

Résultats: La mortalité hospitalière néonatale était de 129,1%. Plus de trois quart (84,8%) des décès étaient survenus dans la première semaine et majoritairement (56,4%) à la garde. Les principales causes présumées de décès étaient, la prématurité et ses complications (45,6%), l'asphyxie périnatale (26,1%) et l'infection néonatale (21,7%). Les 3 classiques retards ont été identifiés dans ce travail.

Conclusion: La prématurité et ses complications, l'asphyxie périnatale et l'infection néonatale étaient les principales causes de mortalité néonatale dans notre service. Pour réduire cette mortalité, il est nécessaire de vaincre les trois retards qui y concourent par la correction des différents éléments.

Mots clés : Nouveau-né, mortalité néonatale, audit médical et néonatalogie, Togo.

Abstract: *Objectif:* identify the various delays and causes of neonatal mortality.

Material and methods: This was a descriptive cross-sectional study of 46 cases of neonatal death audited in the neonatology unit of the pediatrics department at the University Hospital Centre of Kara (CHU-K) over a period of 06 months (January 1 to June 30, 2023).

Results: Neonatal hospital mortality was 129,1%. More than three-quarters (84.8%) of deaths had occurred within the first week, and the majority (56.4%) at the ward. The main presumed causes of death were, prematurity and its complications (45.6%), perinatal asphyxia (26.1%) and neonatal infection (21.7%). The 3 classic delays were identified in this study.

Conclusion: Prematurity and its complications, perinatal asphyxia and neonatal infection are the main causes of neonatal mortality in our department. To reduce this mortality, it is necessary to overcome the three contributing delays by correcting the different elements.

Key words: Newborn, neonatal mortality, medical audit and neonatology, Togo.

Introduction

La mortalité néonatale constitue un enjeu majeur de santé publique dans le monde particulièrement dans les pays à ressources limitées. C'est un indicateur de la qualité des soins obstétricaux et néonataux et qui reflète le niveau de développement d'un pays¹. En trois décennie, l'Afrique sub-saharienne n'a pu réduire que de 35% le taux de mortalité néonatale contre 73,8% en Asie de l'Est et 68,6% en Europe et Asie centrale².

Au Togo, la mortalité néonatale reste préoccupante aux regards de l'atteinte des objectifs nationaux calqués sur

les objectifs de développement durable. En effet, le taux de mortalité néonatale était de 27% ; ce qui représente un peu plus du tiers de la mortalité infanto-juvénile qui était de 71% en 2019³. L'asphyxie périnatale, la prématurité, la détresse respiratoire et l'infection néonatale en étaient les principales causes avec respectivement 30,8%, 22,8%, 20,8% et 18,3%⁴. Les décès de nouveau-nés sont ainsi dûs à un petit nombre d'affections qu'il est possible de prévenir et de traiter. Cette étude hospitalière au Centre Hospitalier Universitaire de Kara comme celles du centre hospitalier universitaire de Lomé n'ont porté que sur les causes et les facteurs associés à la mor

mortalité néonatale⁴⁻⁶. Pourtant, malgré les efforts de l'Etat togolais, la tendance baissière de la courbe de la mortalité néonatale est lente et faible³. C'est pour ainsi attirer l'attention des décideurs et d'orienter leurs actions pour permettre l'atteinte des objectifs de développement durable à l'horizon 2030 en matière de la santé néonatale qu'un audit identifiant les trois retards à l'origine des décès néonataux depuis la communauté aux centres de référence de dernier niveau de la pyramide sanitaire s'avère utile. Il nous a donc paru opportun de réaliser cet audit des décès néonataux survenus au Centre Hospitalier Universitaire de Kara (CHU-K), centre de référence néonatale de toute la région septentrionale du Togo dont l'objectif général est d'évaluer les différents retards et les causes de cette mortalité.

Matériel et méthodes

Cadre d'étude

Le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Kara (CHU-K) a servi de cadre à notre étude.

Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qualitative.

Le travail a couvert la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2023 soit une période de 6 mois.

Population d'étude

La population d'étude était les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours décédés dans le service de pédiatrie du CHU-K répondant aux critères de définition de décès néonatal selon l'OMS⁷.

Critères d'inclusion

Tout nouveau-né décédé et dont le décès est enregistré avec une observation disponible dans le service et ayant bénéficié d'un audit.

Critères de non inclusion

Tout nouveau-né décédé hors du service de pédiatrie.

Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude, tout nouveau-né décédé dont le contenu du dossier n'était pas renseigné ou insuffisamment renseigné pour permettre une interprétation des données.

Technique et outils de collecte de données

Les données ont été collectées à partir d'une fiche de collecte de données.

Il s'agissait d'une collecte manuelle par revue documentaire des dossiers médicaux et des rapports d'audit de décès néonataux à partir de la fiche de notification des

décès néonataux, du canevas d'élaboration du résumé clinique d'un cas de décès néonatal et de la fiche de guide pour la rédaction du rapport de la réunion de la revue de décès néonataux. Ces documents nous ont permis de collecter les données depuis l'admission dans le service, jusqu'au décès. Nous avons procédé par la collecte de tous les cas de décès néonataux puis des rapports d'audit. En cas de grossesse multiple si tous les nouveau-nés sont décédés, ils sont tous audités et pris en compte dans cette étude.

Saisie et analyse statistique

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel 2016, et analysées à l'aide du logiciel Épi Info version 7. La rédaction du document a été faite avec Microsoft Word 2016.

Considérations éthiques et administratives

Nous avons eu l'autorisation du directeur du CHU-K pour faire la collecte des données. Les données ont été collectées dans le respect de la confidentialité et dans l'anonymat des parents des nouveau-nés décédés.

Résultats

Mortalité hospitalière néonatale

Au cours de la période d'étude (6 mois), 457 nouveau-nés ont été hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du CHU-K dont 59 étaient décédés soit un taux de mortalité hospitalière néonatale de 12,9% (59/457). Sur les 59 décès néonataux, nous avons audité le décès de 46 nouveau-nés nés de 42 mères.

Caractéristiques sociodémographiques des parents

Données sur les mères

L'âge moyen des 42 mères a été de 27,85 ans \pm 7,07 ans avec des extrêmes de 17 ans et 49 ans. Les mères étaient âgées entre 15-20 ans dans 7,2 % des cas (3), 20-25 ans dans 30,9% des cas (13), 25-30 ans dans 19 % des cas (8), 30-35 ans dans 28,6% des cas (12) et à 35 ans et plus dans 14,3% des cas⁶.

Les mères n'étaient pas instruites dans 33,3% des cas (14). Elles avaient un niveau primaire, secondaire et supérieur dans respectivement 26,2% des cas (11), dans 33,3% des cas (14) et dans 7,2% des cas (3).

Caractéristiques des nouveau-nés

Les nouveau-nés décédés étaient à terme dans 20 cas (43,5%) et prématurés dans 26 cas (56,5%). Des 26 nouveau-nés prématurés, 2 (7,7%) étaient extrêmes prématurés, 14 (53,8%) grands prématurés, 4 (15,4%) moyens prématurés et 6 (23,1%) petits prématurés.

Parmi les nouveau-nés décédés, 84,8% (39) avaient moins d'un jour de vie à leur admission. Ils avaient entre 1 et 3 jours dans 6,5% (3) des cas et plus de 3 jours dans

8,7% des cas (4). L'âge extrême était de 14 jours de vie. Il y avait 27 nouveau-nés de sexe masculin (58,7%) et 19 nouveau-nés de sexe féminin (41,3%) soit un sex-ratio de^{1,4}.

Caractéristiques des nouveau-nés à l'admission

Mode d'admission

Les nouveau-nés décédés étaient transférés de la maternité du CHU-K dans plus de la moitié des cas soit 25 cas (54,3%). Les reste des nouveau-nés étaient référés dans 41,3% des cas (19) et directement admis dans 4,4% des cas (2).

Structure de référence et moyen de transport

Des 19 nouveau-nés référés, 10 provenaient des centres hospitaliers préfectoraux et les 9 restants des centres médico-sociaux.

Pour les 19 nouveau-nés référés, seulement trois l'étaient avec une ambulance.

Moyen de prévention de l'hypothermie au cours du transfert

Les moyens de protection de l'hypothermie étaient faits de couvertures (pagnes) pour respectivement 19 nouveau-nés référés sur les 19 (100%), 02 nouveau-nés admis directement et sept nouveau-nés transférés sur les 25 (28%). Les 18 nouveau-nés restant (72%) étaient transférés sans aucune protection.

Déroulement de la grossesse

Les grossesses étaient mono-fœtales dans 29 cas (69%), gémellaires dans 11 cas (26,2%) et trigémellaires dans 2 cas (4,8%).

Qualification de l'agent de santé ayant suivi la grossesse

Les grossesses n'ont pas été suivies dans 4,8% des cas (2). Dans 61,9 des cas (26), elles étaient suivies par les sages-femmes, par les accoucheuses dans 28,5% des cas (12) et par les obstétriciens dans 4,8% des cas (2). Suivi de grossesse

Age de la grossesse au début des consultations prénatales (CPN)

Les mères ont commencé les CPN au premier, deuxième et troisième trimestre dans respectivement 32,5% (13 mères), 60% (24 mères) et 7,5% (3 mères). Trente-sept (37) grossesses (83,3%) ont été mal suivies, 2 (4,8%) non suivies et 5 (11,9%) bien suivies.

Respect des traitements systématiques au cours de la grossesse

Un peu plus de trois mères sur quatre (78,6%) avaient reçu au moins 2 doses de vaccin antitétanique. Six mères (14,3%) n'ont reçu aucune dose et 3 mères n'avaient

reçu qu'une dose.

Les mères ayant correctement pris le traitement préventif intermittent anti paludique ont représenté 19 cas (45,2%). Dans 20 cas (47,6%), les mères ne l'avaient pas correctement pris. Trois (03) mères n'ont reçu aucun traitement préventif anti paludique.

Les mères supplémentées en fer et acide folique ont représenté 31 cas (73,8%) et celles n'ayant pas été supplémentées 11 cas (26,2%).

Examens paracliniques prénataux

Les examens paracliniques prénataux obligatoires (groupage sanguin et facteur rhésus, électrophorèse de l'hémoglobine, sérologie de la syphilis et de la toxoplasmosé) et optionnelles (hémogramme, sérologie de l'infection au VIH, de l'hépatite virale B, examens parasitologiques des selles et des échographies) ont été réalisés dans 11,9%. Ainsi, les examens ont été complètement réalisés, partiellement réalisés et non réalisés dans respectivement 11,9% des cas (5), 61,9% des cas (26) et dans 26,2% des cas (11).

Les échographies obstétricales ont été réalisées comme suit:

Echographie du 1^{er} trimestre : 5 cas (11,9%) ;
Echographie du 2^{ème} trimestre : 17 cas (40,5%) ;
Echographie du 3^{ème} trimestre : 10 cas (23,8%).

Déroulement de l'accouchement

Qualification du prestataire et terme de l'accouchement

Les accouchements étaient assistés par un prestataire qualifié dans 37 cas (88,1%) et ont eu lieu à domicile dans 5 cas (11,9%).

Les nouveau-nés décédés étaient prématurés dans 26 cas (56,5%) et à terme dans 20 cas (43,5%). Les prématurés ont représenté 61,9% des nouveau-nés (26). Ils étaient extrêmes prématurés dans 2 cas, grands prématurés dans 14 cas, moyens prématurés dans 4 cas et petits prématurés dans 6 cas.

L'accouchement laborieux ou extraction par ventouse et la rupture prématurée des membranes étaient les complications les plus représentées respectivement dans 17,4% des cas (8) et 13% des cas⁶.

Présentation et voied'accouchement

Dans 86,9%, la présentation a été céphalique. Les autres présentations retrouvées ont été le siège dans 5 cas (10,9%) et transversale dans un cas (2,2%).

Les nouveau-nés décédés étaient accouchés par voie basse dans 86,9% (40) et par césarienne d'urgence dans 13,1% (6). Le liquide amniotique était méconial pour 8 nouveau-nés (26,1%) et clair dans 34 cas (73,9%).

Parmi les 6 nouveau-nés accouchés par césarienne, la disproportion fœto-pelvienne constituait le motif dans 4 cas, le placenta prævia hémorragique dans 01 cas et la position transversale dans 01 cas.

Poids de naissance

Le poids moyen de naissance a été de $1873,9 \pm 897,6$ grammes avec des extrêmes de 700 et 3650 grammes. Six nouveau-nés (13,1%) avaient un poids inférieur à 1000g, 15 (32,6%) un poids compris entre 1000 et 1500g, 7 (15,2%) entre 1500 et 2000, 4 (8,7%) entre 2000 et 2500 et 14 (30,4%) un poids supérieur à 2500g.

Notion de réanimation et score d'Apgar à la cinquième minute

Dix-huit nouveau-nés (39,1%) ont été réanimés à la naissance et parmi ces 18, six l'avaient été pendant moins de 10 minutes, six pendant plus de 10 minutes et pour six, la durée n'avait pas été précisée.

A la cinquième minute, 2 nouveau-nés (4,3%) avaient un score d'Apgar inférieur à 3, 8 (17,4%) un score compris entre 4 et 7 et 31 (67,4%) un score supérieur ou égal à 7. Le score d'Apgar de 5 (10,9%) nouveau-nés n'était pas renseigné.

Délai d'admission

La médiane des délais d'admission a été de 53 minutes (min) avec des extrêmes de 15 à 165 min. Le retard à l'admission a été noté chez 24 nouveau-nés (52,2%) et les 22 nouveau-nés (47,8%) restants étaient admis à temps

Renseignements cliniques

La prématurité, la détresse respiratoire, l'asphyxie périnatale et la fièvre ont été les motifs d'admission les plus retrouvés respectivement dans 41,3% des cas (19), 23,9% des cas (11), 10,9% des cas (5) et 8,7% des cas (4).

Des vingt-sept (27) nouveau-nés (58,7%) en détresse respiratoire parmi les 46 inclus, le score de Silverman a été supérieur ou égal à 5 pour 14 nouveau-nés et inférieur à 5 pour 13 d'entre eux.

Diagnostic à l'admission

La grande prématurité, l'asphyxie périnatale, la détresse respiratoire du prématuré ont été les diagnostics les plus évoqués à l'admission avec 28,2% (13), 23,9% (11) et 8,7% (4).

En ce qui concerne le diagnostic à l'admission, elle était correctement posé chez 26 nouveau-nés (56,5%), incomplet chez 14 nouveau-nés (30,4%) et inadéquat chez 6 nouveau-nés (13,1%).

Données thérapeutiques en néonatalogie

Délai de prise en charge et disponibilité des médicaments

La médiane des délais de prise en charge a été de 10 minutes avec un écart interquartile de 1 à 30 minutes. Plus de trois quarts (78,3%) des nouveau-nés décédés ont été pris en charge avant la 20^{ème} minute à leur admission en néonatalogie.

Qualité des soins à l'admission et disponibilité du personnel

Les soins étaient jugés insuffisants à l'admission pour 23 nouveau-nés (50,0%), adéquats pour 22 nouveau-nés (47,8%) et inadéquats pour 1 nouveau-né (2,2%).

L'insuffisance du personnel a été notée chez 34 nouveau-nés (73,9%) et pour les 12 nouveau-nés (26,1%) restants le personnel était disponible. Une compétence limitée a été observée pour la prise en charge de 2 nouveau-nés.

Evolution

La surveillance a été insuffisante pour 22 nouveau-nés (47,8%) et appropriée pour le reste des nouveau-nés (52,2%).

Les nouveau-nés décédés qui avaient bénéficié d'un geste de réanimation ont représenté 52,2% (24). Pour les 22 nouveau-nés restants (47,8%), la notion de réanimation n'avait pas été mentionnée dans les dossiers.

Des 24 nouveau-nés ayant bénéficié des gestes de réanimation, le constat du décès a été fait chez 16 (66,6%). Pour les 8 autres nouveau-nés, le constat de décès n'a pas été renseigné dans les dossiers.

La durée moyenne de séjour a été de 3,56 jours avec les extrêmes de 1 et 12 jours $\pm 3,06$ jours. Le décès était survenu dans 23,9% des cas (11) dans moins de 24 heures suivant l'hospitalisation, dans 45,7% des cas (21) entre 1-3 jours, dans 17,4% des cas (8) entre 4-7 jours et dans 13% des cas (6) d'hospitalisation.

La mortalité néonatale très précoce (0 à 24 heures) et celle précoce (1 à 7 jours) ont représenté 84,8% des cas (39).

Un peu plus de la moitié soit 58,7% des décès des nouveau-nés (27) étaient survenus à la garde. Le reste des décès soit 41,3% (19) étaient survenus aux heures de services normales.

Les principales causes de décès ont été les complications de la prématurité, l'asphyxie périnatale et l'infection néonatale dans respectivement 45,6% des cas (21), 26,1% des cas (12) et 21,7% des cas (10). Les trois autres causes de décès étaient l'hypotrophie à terme, le syndrome polymalformatif et l'omphalocèle.

Le décès était évitable chez 40 nouveau-nés (86,9%) et non évitable chez les 06 nouveau-nés restants (13,1%).

Les éléments de l'audit ont été classés en trois retards. Certains éléments des retards non formellement renseignés dans les dossiers ont été le résultat de l'analyse de l'équipe d'audit.

Eléments du premier retard

Le mauvais suivi de la grossesse était l'élément du premier retard le plus retrouvé chez plus de la moitié des nouveau-nés (54,3%) (Tableau 1).

Eléments du deuxième retard

Le moyen de transport inapproprié était l'élément du deuxième retard le plus retrouvé dans 19,6% (tableau 2).

Eléments du troisième retard

Le moyen de prévention inappropriée contre l'hypothermie et les soins insuffisants et inadéquats étaient les éléments les plus retrouvés du troisième retard respectivement 39,1% et 36,9% (Tableau 3).

Tableau 1: Répartition des nouveau-nés selon les éléments du premier retard

	Effectif	Pourcentage
Mauvais suivi de la grossesse	25	54,3
Retard de consultation	10	21,7
Accouchement à domicile	5	10,9
Voie d'accouchement inappropriée due à un retard d'admission	2	4,3

Tableau 2: Répartition des nouveau-nés selon les éléments du deuxième retard

	Effectif	Pourcentage
Moyen de transport inapproprié	9	19,6
Manque de moyens financiers pour le suivi des CPN	3	6,5
Retard d'admission après la référence par manque de moyens financiers	2	4,3

Tableau 3: Répartition des nouveau-nés selon les éléments du troisième retard

	Effectif	Pourcentage
Moyen de prévention inappropriée contre l'hypothermie	18	39,1
Soins insuffisants et inadéquats	17	36,9
Mauvaise évaluation du pronostic de l'accouchement	7	15,2
Retard du transfert du nouveau-né	6	13,1
Plateau technique faible pour la prise en charge des très faibles poids de naissance	6	13,1
Retard de référence du nouveau-né	4	4,4
Insuffisance dans la surveillance du nouveau-né	2	4,4
Insuffisance de ressources humaines	2	4,4
Surveillance insuffisante du travail d'accouchement	1	2,2
Retard de prise de décision dans la référence de la parturiente	1	2,2

Discussion

Cette étude intéressante sur le plan décisionnel et dans l'amélioration des soins offerts aux nouveau-nés, présente une limite qui est la taille de l'échantillon. Un échantillon beaucoup plus grand aurait pu permettre de mieux apprécier certains aspects du travail. Cependant, les différents types de retards ont pu être identifiés et peuvent servir de repère dans la mise en œuvre des actions correctrices.

Au cours de notre période d'étude 457 nouveau-nés ont été hospitalisés dans l'unité de néonatalogie et 59 décès néonataux ont été enregistrés soit une mortalité hospitalière de 129,1‰ en 6 mois. Ce résultat est plus de deux fois inférieur aux 330‰ enregistrés en 2010 dans le même service⁸ et est légèrement meilleur que les 158‰ enregistré en 2022⁴. Ces résultats confirment bien la tendance en baisse de la mortalité néonatale au Togo.

Cette baisse est le résultat de la politique de santé en rapport avec la subvention de la césarienne, de la gratuité des CPN et de l'amélioration de la compétence des prestataires des maternités sur l'amélioration de leur compétence entrepris depuis 2010,⁹. Aussi, ce résultat montre-t-il que la courbe de la réduction de la mortalité néonatale reste faible malgré les différentes actions. Des efforts restent donc à faire particulièrement le renforcement du plateau technique dans les hôpitaux ainsi que les ressources humaines de qualité en nombre suffisant pour une réduction significative de la mortalité néonatale.

La mortalité néonatale précoce a représenté 84,8% de la mortalité néonatale dans cette étude. La mortalité néonatale précoce reste élevée au CHU Kara aussi bien dans ce travail que ceux l'ayant précédé en 2022 et en 2010 avec respectivement 95,6% et 88,7%^{4,8}. Les résultats similaires ont été enregistrés au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé où la mortalité précoce a représenté 84,4%⁵. Ces résultats confirment la tendance mondiale de la mortalité néonatale où il ressort que les nouveau-nés décèdent beaucoup plus dans les premières 24 heures de vie puis dans les 72 heures suivant leur naissance¹⁰.

Premier retard

Le premier retard est celui relatif au retard de demande des soins. Quatre éléments ont été identifiés pour ce retard à savoir : le mauvais suivi de la grossesse (54,3%), la voie d'accouchement inapproprié due à un retard d'admission (4,3%), l'accouchement à domicile (10,9%) et le retard de consultation en néonatalogie (21,7%). Les mêmes facteurs ont été retrouvés à Abidjan en Côte d'Ivoire dans des proportions différentes avec des CPN insuffisants (25,9%), l'accouchement à domicile (40%) et le délai de consultation (19%)¹¹. Ces facteurs du premier retard sont déterminants pour donner une chance de survie au nouveau-né surtout que dans nos pays ou, les unités de néonatalogie sont mal ou peu équipées.

Pour une maternité à moindre risque, il faut un bon suivi de la grossesse et une bonne gestion de l'accouchement ; ce qui impose un bon respect des CPN qui doivent être qualitativement et quantitativement suffisantes. Dans ce travail, 24 mères (60,0%) et 3 (7,5%) mères avaient commencé les CPN respectivement au deuxième trimestre et au troisième trimestre. Deux (02) mères n'avaient pas effectué de CPN. Le retard au démarrage des CPN et les CPN insuffisantes restent un problème majeur dans le suivi des grossesses dans les pays à ressources limitées. Au CHU-K, les CPN insuffisantes ont été antérieurement rapportées⁴. Au-delà des moyens financiers qui pourraient constituer un frein au respect des CPN, il faudrait comprendre que leur mauvais suivi est le résultat de la méconnaissance de leur importance.

Dans ce premier retard, l'accouchement par voie basse a été inapproprié pour 02 parturientes qui étaient arrivées à un moment où le personnel ne pouvait pas faire de référence. Ces situations exposent le nouveau-né et la mère à de risque de complications graves pouvant aboutir au décès comme l'ont rapporté des auteurs au Cameroun¹².

L'accouchement à domicile est un accouchement septique et constitue un facteur de risque de décès du nouveau-né¹³. Dans ce travail, 5 mères avaient accouché à domicile (12%). Un peu plus de la moitié (52,86%) des femmes au Bénin avaient déclaré accouché à domicile¹⁴. Les facteurs associés à l'accouchement à domicile étaient : l'absence d'instruction, l'absence de CPN, la grande multiparité et le mauvais accueil du personnel de

santé¹⁴. Plusieurs éléments dont le niveau d'instruction et les coutumes restent des freins à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

Deuxième retard

Les éléments du deuxième retard sont : le moyen de transport inapproprié pour le nouveau-né (19,6%), le manque de moyens financiers pour le suivi des CPN et le retard d'admission après la référence par manque de moyens financiers (4,3%).

La problématique du transfert néonatal est un véritable problème dans les pays à ressources limitées. Au Sénégal, il a été rapporté qu'un peu moins d'un nouveau-né sur trois (30%) avaient bénéficié d'un transfert par ambulance¹⁵ contrairement à nos résultats où seuls 3 nouveau-nés sur les 19 référés l'étaient (15,8%). Ce résultat s'explique par le fait que le transfert médicalisé est un service payant et eu égard au niveau socio-économique des parents, il leur est impossible de payer ce service. D'autres auteurs ont rapporté qu'un niveau socio-économique faible ainsi que des facteurs sociodémographiques expliquaient le faible usage d'une ambulance dans le transfert néonatal^{16,17}.

Troisième retard

Les éléments qui sous-tendent le troisième retard vont de la surveillance insuffisante des parturientes pendant le travail d'accouchement à la faiblesse du plateau technique en passant par l'insuffisance du personnel sans oublier les manquements lors du transfert d'un centre ou d'une unité à une autre.

Les nouveau-nés malades sont faibles et exposés à divers risques comme l'hypoglycémie¹⁸. C'est pour cela que les conditions de transfert doivent être adéquates. Un transfert néonatal se doit d'être préparé minutieusement afin de donner les chances de survie au nouveau-né. Tel n'a pas été souvent le cas pour 39,1% des nouveau-nés qui avaient été transférés dans des conditions inadéquates aggravant leur condition pour être prise en charge par un personnel de néonatalogie déjà épuisé par le travail. En effet, trois (03) nouveau-nés ont été reçus en pédiatrie dans un contexte d'hypothermie qui pourrait être prévenu par un simple geste celui de les recouvrir par un linge sec et propre. Certains travaux ont d'ailleurs relevé qu'il y avait une faible préoccupation du personnel des maternités sur l'hypothermie¹⁹.

En somme les éléments du troisième retard sont intriqués. La collaboration entre les services de néonatalogie et de maternité doit être de mise pour faciliter la prise en charge des nouveau-nés. L'atmosphère souvent tendue entre ces deux services a été souvent rapportée¹⁹.

Références

1. Parazzini F, Levi F, Lucchini F, La Vecchia C. Tendances mondiales de la mortalité néonatale et infantile. *Rev Epidemiol Santé Pub* 1996, 44 : 376-381.
2. Parmigiani S, Bevilacqua G. Can we reduce worldwide neonatal mortality? *Acta Biomed.* 2022 ; 93 : 1-12.
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). TOGO MICS 6 2017 Enquête par grappes à indicateurs multiples, Rapport final. Lomé : INSEED 2018 ; 394p et Annexes.
4. Segbedji KAR, Tchagbele O-B, Takassi OE, Agbéko F, Talbousouma SM, Kombieni K et al. Mortalité Néonatale dans le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Kara de 2016 à 2020, *ESJ* 2022 ; 18 (11) : 39.
5. Tchagbele O-B, Segbedji KAR, Ganame MKL, Agrigna H, Talbousouma SM, Takassi OE, et al. Neonatal Risk Factors for Term Newborn Mortality at the Sylvanus Olympio University Hospital from 2013 to 2017. *Glob J Ped&Neonatology Car.* 2020 ; 2 : 1-4.
6. Akolly DAE, Guedenon KM, Tsolenyanu E, Dzowonou Y, Djadou KE, Douti N, et al. Facteurs associés à la mortalité du nouveau-né de faible poids de naissance au Togo. *Périnat* 2022 ; 14 : 205-12.
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Donnons sa chance à chaque nouveau-né : audit et étude des mortinaissances et des décès néonataux. Genève : OMS 2017 ; 74p et Annexes.
8. Azoumah KD, Balaka B, Aboubakari AS, Matey K, Yolou A, Agbèrè AD. Morbidité et mortalité néonatales au CHU-Kara (Togo). *Méd Afr Noire* 2010 ; 5702 : 109-112.
9. Tchagbele O-B, Azoumah KD, Segbedji KAR, Kpegouni MT, Djadou KE, et al. Évaluation des compétences des prestataires de soins exerçant dans les maternités en matière de réanimation néonatale au Togo. *Rev Méd Périnat* 2015 ; 7 : 245-53.
10. Oza S, Cousens SN, Lawn JE. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modeling-based study. *Lancet Glob Health* 2014 ; 2 : e635-44.
11. Kouakou C, Djivoheoussou A, Kouadio E, Benga N, Dainguy ME, Abdou A et al. Audit médical des décès néonataux selon le modèle des trois retards. *Rev Int Sci Méd – RISM* 2016 ; 18 : 151-56.
12. Foueli fack FY, Fouedjio JH, Fortune N, Tebeu PM, Fouelifa LD, Fouogue JT. Itinéraire Thérapeutique des Parturientes qui Arrivent avec une Rupture Utérine à l'Hôpital Central de Yaoundé. *HealthSci Dis* 2019, 20 : 39-45.
13. Segbedji KAR, Tchagbele OB, Takassi OE, Ganame KML, Kombieni K, Agrigna H, et al. Facteurs maternels de risque de mortalité du nouveau-né à terme au centre hospitalier universitaire Sylvanus-Olympio (Togo) de 2013 à 2017. *Périnat* 2021 ; 13 : 167-72.
14. Atade SR, Voudouhe MV, Sidi IR, Toko M, OrouYorou I, Houkponou FM, et al. Facteurs associés à l'accouchement à domicile dans l'arrondissement de Gogounou au Bénin en 2018. *J Rech Univ Lomé* 2021 ; 23 : 165-76.
15. Faye PM, Dieng YJ, Diagne-Guèye NR, Guèye M, Bâ A, Seck MA, et al. Problématique des transferts néonataux dans la région de Dakar (Sénégal). *Rev Med Périnat* 2016 ; 8 : 94-02.
16. Traoré FD, Sylla M, Diackité AA, Soilili A, N'diaye MD, Togo B, et al. Problématique du transfert néonatal vers le service de Pédiatrie du CHU Gabriel-Touré de Bamako. *Mali Med* 2010 ; XXV : 25-28.
17. Mmbaga BT, Lie RT, Kibiki GS, Olomi R, Kvåle G, Daltveit AK. Transfert of newborns to neonatal care unit: a registry based study in Northern Tanzania. *BMC Pregnancy Child birth* 2011 ; 11 : 68.
18. Jaffré Y. De quel agencement sociotechnique meurent les nouveau-nés d'Afrique de l'Ouest ? Une anthropologie fondamentalement engagée pour améliorer la santé néonatale (Bénin, Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Togo). *Santé Pub* 2020, 32 : 29-43.
19. Fosso AL, Moluh S, Ngum B, Vougmo C, Amani A, Kanda G, et al. Une anthropologie impliquée pour améliorer les soins aux nouveau-nés au Cameroun. *Santé Pub* 2020 ; 32 : 45-52.