

Dao Lassina
Traoré Osara Lamoussa
Nikiéma Wendmi Anita
Hien Dieudonné
Kouéta Fla



Pronostic des nouveau-nés de faible poids de naissance dans l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (Burkina Faso)

<https://dx.doi.org/10.4314/jan.v4i1.7>

Received: 16th December 2025

Accepted: 3rd January 2026

Dao Lassina (✉)
 Traoré Osara Lamoussa,
 Nikiéma Wendmi Anita
 Médecin Paédiatre Centre
 Hospitalier Universitaire
 Tengandogo,
 Email: dao873@yahoo.fr

Hien Dieudonné
 Service de Gynécologie Obstétrique,
 CHU de Tengandogo,
 Ouagadougou,
 Burkina Faso

Kouéta Fla
 Service de pédiatrie,
 CHU Yalgado Ouedraogo,
 Ouagadougou,
 Burkina Faso

Abstract: *Objective:* To describe the epidemiological, clinical, therapeutic, and outcome characteristics of low birth weight (LBW) newborns hospitalized at Tengandogo University Hospital. *Methodology:* This was a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection, conducted from May 1 to September 30, 2025, in the neonatology unit of CHU-T. All LBW newborns admitted during the study period were included with parental consent.

Results: Of the 227 hospitalized newborns, 131 had LBW (57.7%), of whom 117 were included. The mean maternal age was 26.9 years, and paucigravidas accounted for 39.3%. Most mothers had inadequate antenatal care. The newborns were mainly preterm and growth-restricted (88%), with a mean birth weight of 1456 g. Respiratory distress was the leading reason for admission (76.9%). Associated conditions were dominated by neonatal infection (94.9%) and hyaline membrane disease (68.4%). Mortality was high (49.6%), occurring mainly during the first week of life. Independent factors associated with mortality were birth weight < 1000 g (OR = 8.6; p = 0.015), twin pregnancy (OR = 3.3; p = 0.033), and absence of oral feeding (OR = 384.8; p < 0.001).

Conclusion: LBW is frequent at CHU-T and its prognosis remains poor. Strengthening antenatal care, improving nutritional management, and equipping neonatology units with appropriate technologies are essential to reduce mortality.

Keywords: Low birth weight, neonatal mortality, risk factors, Burkina Faso.

Résumé: *Objectif:* Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des nouveau-nés de faible poids de naissance (FPN) hospitalisés au CHU de Tengandogo.

Méthodologie: Étude transversale descriptive et analytique, à collecte prospective, menée du 1er mai au 30 septembre 2025 dans l'unité de néonatalogie du CHU-T. Ont été inclus tous les nouveau-nés de FPN admis durant la période, avec consentement parental.

Résultats: Sur 227 nouveau-nés hospitalisés, 131 présentaient un FPN (57,7 %), dont 117 ont été inclus. L'âge maternel moyen était de 26,9 ans et les paucigestes représentaient 39,3 %. La majorité des mères avaient un suivi prénatal insuffisant. Les enfants étaient principalement des prématurés hypotrophes (88 %), avec un poids moyen de 1456 g. La détresse respiratoire constituait le principal motif d'admission (76,9 %). Les pathologies associées étaient dominées par l'infection néonatale (94,9 %) et la maladie des membranes hyalines (68,4 %). La mortalité était élevée (49,6 %), survenant surtout durant la première semaine. Les facteurs associés à la mortalité étaient le poids < 1000 g (OR = 8,6 ; p = 0,015), la grossesse gémellaire (OR = 3,3 ; p = 0,033) et l'absence d'alimentation orale (OR = 384,8 ; p < 0,001).

Conclusion: Le FPN est fréquent au CHU-T et son pronostic reste défavorable. Le renforcement du

suivi prénatal, l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle et

l'équipement adéquat des unités de néonatalogie sont essentiels pour réduire la mortalité.

Mots-clés: Faible poids de naissance, mortalité néonatale, facteurs de risque, Burkina Faso.

Introduction

Le poids de naissance constitue l'un des principaux déterminants de la survie, de la croissance et du développement du nouveau-né. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un faible poids de naissance (FPN) est défini par un poids inférieur à 2 500 g, indépendamment de l'âge gestationnel. Cette catégorie inclut le très faible poids (< 1 500 g) et l'extrêmement faible poids (< 1 000 g), dont le pronostic vital est particulièrement engagé^{1,2}. Les nouveau-nés de faible poids représentent 15 à 20 % des naissances mondiales, soit plus de 20 millions d'enfants chaque année, avec une concentration marquée en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne où se produisent près des trois quarts des cas². Le FPN est impliqué dans plus de 80 % des décès néonataux, ce qui en fait un indicateur clé de santé publique et un enjeu prioritaire pour les systèmes de soins^{1,3,4}.

Dans les pays à ressources limitées, les taux de FPN restent élevés et sont fortement influencés par l'accès insuffisant aux soins prénatals, la prévalence des complications obstétricales, ainsi que la faible disponibilité des technologies de support néonatal⁵⁻¹⁰. Au Burkina Faso, malgré l'instauration de mesures telles que la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, les données hospitalières récentes font état de prévalences particulièrement élevées : 42,8 % au CHU Yalgado Ouédraogo et 35,5 % au CHU Bogodogo^{7,11}. Cette situation reflète la persistance des déterminants maternels et néonataux du FPN et met en lumière l'hétérogénéité des capacités de prise en charge des prématurés dans le pays.

Au-delà de la fréquence du FPN, la question centrale demeure celle de son pronostic immédiat, largement dépendant de l'âge gestationnel, des conditions périnatales, de l'accès à des soins intensifs adaptés et de l'expertise des équipes soignantes. Dans les contextes où l'accès à la ventilation néonatale, au maintien thermique optimal, à l'alimentation précoce et à la prévention des infections reste limité, la mortalité des nouveau-nés de faible poids demeure préoccupante⁸⁻¹⁴.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de documenter les caractéristiques cliniques et les facteurs associés au devenir des nouveau-nés de faible poids au CHU de Tengandogo, centre de référence en néonatalogie. Ce travail vise ainsi à décrire leur profil épidémiologique, clinique et thérapeutique, et à identifier les déterminants de leur mortalité afin d'orienter les stratégies d'amélioration des soins néonataux au Burkina Faso.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et ana-

lytique, avec collecte prospective des données, réalisée du 1er mai au 30 septembre 2025 dans l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHU-T). Ont été inclus tous les nouveau-nés de faible poids de naissance (FPN) (< 2500 g) admis durant la période, avec consentement parental. Ont été exclus les nouveau-nés encore hospitalisés après la période d'étude et ceux dont les parents n'avaient pas consenti. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire validé, des dossiers médicaux et des registres d'admission. Les variables étudiées comprenaient les caractéristiques sociodémographiques des mères, les antécédents obstétricaux, les paramètres cliniques et anthropométriques des nouveau-nés, ainsi que les modalités thérapeutiques et évolutives. La variable dépendante était le pronostic (vivant ou décédé). Les données ont été saisies avec Kobotoolbox puis analysées avec SPSS. Les variables quantitatives ont été décrites par moyennes et écarts-types, et les qualitatives par effectifs et pourcentages. Les associations ont été recherchées par le test du χ^2 et par régression logistique, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

L'étude a été conduite conformément aux principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki de 1975, révisée en 2013, relatifs aux recherches impliquant des êtres humains. Le respect de la confidentialité des données a été assuré et aucune information nominative n'a été utilisée.

2. Résultats

2.1. Aspects épidémiologiques

2.1.1. Fréquence

Durant la période d'étude, 227 nouveau-nés ont été hospitalisés dans l'unité de néonatalogie, dont 131 présentaient un faible poids de naissance (FPN), soit une fréquence de 57,7 %. Parmi eux, 117 ont été inclus dans l'analyse.

2.1.2. Caractéristiques socio-démographiques des mères

L'âge moyen des mères était de $26,9 \pm 6,6$ ans (extrêmes : 16-41 ans). La majorité étaient des femmes au foyer (66,7%) et 43,6% avaient un niveau d'instruction primaire, contre 29,1% d'analphabètes, 24,8% de niveau secondaire et 2,6% de niveau supérieur. Les mères résidaient en milieu urbain dans 75,2% des cas. Le niveau socio-économique des ménages était majoritairement moyen (49,6%).

2.1.3. Antécédents des mères

Sur le plan obstétrical, le geste moyen était de $2,7 \pm 1,8$ et la parité moyenne de $1,6 \pm 1,8$. Les mères étaient principalement paucigestes (39,3%) et nullipares (38,5%). Les antécédents les plus fréquents étaient l'avortement

(17,9%) et les mortinaissances (11,1%). Le nombre moyen de consultations prénatales était de $3,1 \pm 1,4$. Au total, 36,8% des mères avaient présenté une affection au cours de la grossesse. Il s'agissait principalement de la prééclampsie (83,7%).

2.2. Aspects diagnostiques des nouveau-nés de FPN

2.2.1. Données périnatales

La majorité des grossesses étaient monofœtales (68,4%). Concernant le terme, 88% des nouveau-nés étaient prématurés contre 12% à terme. La moitié des nouveau-nés avaient un âge gestationnel compris entre 28 et 32 SA (50,4%) (Figure 1). Le mode d'accouchement était dominé par la voie basse (52,1%), la césarienne représentant 47,9% des cas.

À la naissance, 42,7% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar < 7 à 1 minute. Une réanimation néonatale a été nécessaire dans 35 % des cas. Le poids moyen était de $1456,5 \pm 430,8$ g avec des extrêmes de 675 et 2460 g. Les nouveau-nés de très faible poids représentaient 46,2% de la population (Figure 2). La majorité des nouveau-nés étaient hypotrophes (50,4%), dont 38,5% prématurés hypotrophes.

2.2.2. Anomalies cliniques et pathologies associées

À l'admission, 90,6% des nouveau-nés provenaient de la maternité du CHU-T. Les motifs de référence étaient dominés par la détresse respiratoire (76,9%). Les anomalies cliniques les plus fréquentes étaient la détresse respiratoire (95,7%), les troubles neurologiques (27,4%) et l'hypothermie (25,6%). Les pathologies associées étaient dominées par l'infection néonatale (94,9%), la maladie des membranes hyalines (68,4%) et l'asphyxie périnatale (61,5%) (Tableau 1). Sur le plan paraclinique, les anomalies les plus fréquentes étaient l'hypoglycémie (38,6%), l'anémie (36,4%) et l'hypocalcémie (29,5%).

2.3. Aspects thérapeutiques

Tous les nouveau-nés ont bénéficié des soins essentiels. Les traitements les plus fréquemment administrés étaient les antibiotiques (97,4%), l'oxygénothérapie (92,3%), la caféine (86,3%) et le chauffage (83,8%). Plus de la moitié des enfants (52,1%) ont reçu une alimentation orale, le plus souvent associant allaitement maternel exclusif (AME) et substitut du lait maternel (SLM). Par ailleurs, la prise en charge en couveuse n'a concerné que 32,5% des nouveau-nés, avec une durée moyenne de séjour de $10,8 \pm 9,4$ jours (Tableau 2).

2.4. Modalités évolutives

La durée moyenne d'hospitalisation était de $12,2 \pm 11,1$ jours. L'âge moyen à la sortie était de $10,5 \pm 9,8$ jours, avec un poids moyen de $1450,5 \pm 425,9$ g.

Parmi les 117 nouveau-nés inclus, 58 sont décédés, soit un taux de mortalité de 49,6%. La mortalité précoce (< 7 jours) représentait 74,1% des décès, avec une prédomi-

nance masculine (56,9%). Les principales causes étaient la maladie hémorragique du nouveau-né (39,7%), l'apnée (32,8%) et l'anémie sévère (17,2%).

2.5. Facteurs associés à la mortalité

En analyse univariée, plusieurs facteurs étaient associés à la mortalité néonatale (Tableau 3). Le poids de naissance < 1000 g constituait un facteur majeur (OR = 8,7 ; IC95 % : 1,81–41,79 ; p = 0,01), tout comme la grossesse gémellaire (OR = 3,42 ; IC95 % : 1,44–8,09 ; p = 0,017). Du côté thérapeutique, la non-prise de vitamines (OR = 28,5 ; IC95 % : 3,6–225,7 ; p = 0,001), l'absence d'alimentation par sonde naso-gastrique (OR = 5,0 ; IC95 % : 1,8–13,9 ; p = 0,002), l'absence d'alimentation orale (OR = 384,8 ; IC95 % : 67,7–2187,0 ; p < 0,001) ainsi que la survenue d'incidents durant l'hospitalisation (OR = 4,7 ; IC95 % : 1,3–16,7 ; p = 0,022) étaient significativement associées au décès.

En analyse multivariée, trois facteurs indépendants ont été retenus : le poids de naissance < 1000 g (OR = 8,6 ; IC95 % : 1,7–42,3 ; p = 0,015), la grossesse gémellaire (OR = 3,3 ; IC95 % : 1,3–8,1 ; p = 0,033) et l'absence d'alimentation orale (OR = 384,8 ; IC95 % : 67,7–2187,0 ; p < 0,001) (Tableau 4).

Fig 1 : Répartition des nouveau-nés de FPN selon l'âge gestationnel

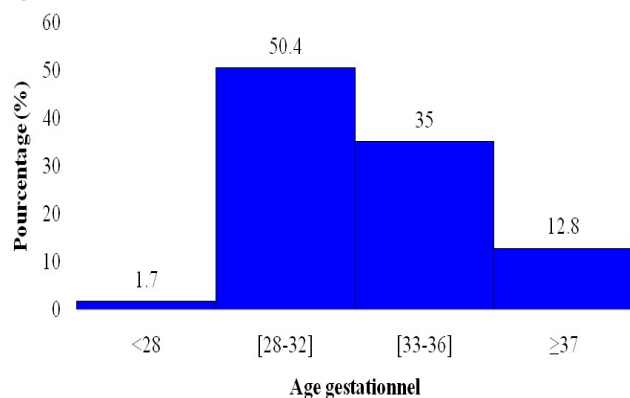


Fig 2 : Répartition des nouveau-nés de FPN selon le poids à la naissance

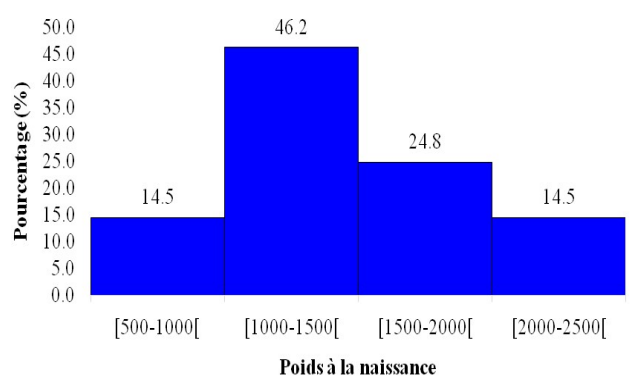


Tableau 1: Répartition des nouveau-nés de FPN selon les pathologies associées au faible poids de naissance

Pathologies associées au faible poids à l'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
INN	111	94,9
MMH	80	68,4
Asphyxie périnatale	72	61,5
Atrésie de l'œsophage	1	0,9
Atrésie unilatérale des choanes	1	0,9
Cardiopathie congénitale	1	0,9
Omphalocèle	1	0,9

Tableau 2: Répartition des nouveau-nés de FPN selon le traitement reçu pendant l'hospitalisation

Traitement reçu	Fréquence	Pourcentage (%)
Soins essentiels du nouveau-né	117	100,0
Antibiotiques	114	97,4
Oxygénothérapie	108	92,3
Caféine	101	86,3
Chauffage du nouveau-né	98	83,8
Vitamines	86	73,5
Alimentation par voie orale	61	52,1
Photothérapie	52	44,4
Couveuse	38	32,5
Voie ombilicale	9	7,7
Voie périphérique	108	92,3
Anticonvulsivants	8	6,8
Antalgiques/antipyrétiques	5	4,3

Tableau 3: Résultats de l'analyse univariée des facteurs associés au décès des nouveau-nés de faible poids de naissance

Facteurs	Décès Non	Oui	OR	IC 95%	p
<i>Poids</i>					
[1000-1500[	29	25	1		0,01
[1500-2500[	28	18	0,75	0,34-1,66	
< 1000	2	15	8,7	1,81-41,792	
<i>Type de grossesse</i>					
Monofoetale	47	33	1		0,017
Gémellaire	10	24	3,42	1,44-8,09	
Triplets	2	1	0,7	0,06-8,18	
<i>Vitamines</i>					
Non	2	29	28,5	6,35-127,86	0,001
Oui	57	29	1		
<i>Alimentation par SNG</i>					
Non	6	21	5,01	1,85-13,63	0,002
Oui	53	37	1		
<i>Alimentation orale</i>					
Non	2	54	384,75	67,69-2187,03	0,001
Oui	57	4	1		
<i>Survenue d'incident</i>					
Non	12	3	1		0,022
Oui	47	55	4,68	1,25-17,59	

Tableau 4: Résultats de l'analyse multivariée des facteurs associés au décès des nouveau-nés de faible poids de naissance

Facteurs	Décès Non	Oui	OR	IC 95%	p
<i>Poids</i>					
[1000-1500[	29	25	1		0,015
[1500-2500[	28	18	0,78	0,34-1,82	
< 1000	2	15	8,6	1,74-42,33	
<i>Type de grossesse</i>					
Monofoetale	47	33	1		0,033
Gémellaire	10	24	3,31	1,34-8,14	
Triplets	2	1	1,05	0,09-12,79	
<i>Alimentation orale</i>					
Non	2	54	384,75	67,69-2187,03	< 0,001
Oui	57	4	1		

Discussion

1. Limites de l'étude

Le caractère transversal descriptif et analytique ne permet pas d'établir de liens de causalité. La durée relative-ment courte, la taille de l'échantillon et le recrutement dans un seul centre de référence limitent la généralisation des résultats. Néanmoins, ces données apportent des informations utiles sur le profil et le pronostic des FPN au Burkina Faso.

2. Aspects épidémiologiques des nouveau-nés de FPN

2.1. Fréquence du faible poids de naissance

La fréquence des FPN observée était supérieure à celle rapportée dans plusieurs pays africains. Cette différence peut s'expliquer par le rôle du CHU Tengandogo en tant qu'hôpital de référence, recevant un nombre important de grossesses compliquées et disposant d'un service de néonatalogie bien équipé pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés, très fréquents dans la présente étude.

La fréquence élevée du FPN (57,7 %) observée dans cette étude dépasse largement les données rapportées dans plusieurs pays africains^{5,6,8-11}. Cette particularité s'explique en grande partie par le rôle spécifique du CHU Tengandogo, qui reçoit un nombre substantiel de grossesses compliquées, de prématurités induites ou référées et de situations d'urgence obstétricale. La proportion élevée de prématurés, dont 50 % entre 28 et 32 SA, renforce cette tendance. Elle reflète non seulement les défis persistants du suivi prénatal, mais aussi le recours accru aux interventions obstétricales dans les situations de risque materno-fœtal.

2.2. Profil maternel et déterminants obstétricaux

Les caractéristiques maternelles observées sont comparables à celles des études régionales, notamment l'âge moyen autour de 27 ans, la prédominance des femmes au foyer et un niveau d'instruction relativement faible^{7,8,10,11,15}. Le nombre insuffisant de consultations prénatales (moyenne de 3 CPN) constitue un facteur contributif majeur au FPN³. La prééclampsie, fréquemment retrouvée, confirme son rôle déterminant dans la restriction de croissance fœtale et l'induction prématurée de l'accouchement^{1,2}. Ce résultat met en lumière la nécessité de renforcer la surveillance obstétricale, particulièrement dans les groupes à risque.

3. Aspects diagnostiques des nouveau-nés de FPN

La proportion élevée de prématurité observée dans notre série est cohérente avec les données africaines^{5,9,10,13,15}, traduisant à la fois la fréquence des grossesses compliquées et le recours fréquent aux inductions médicales dans les centres de référence. Le poids moyen à la naissance était comparable celui retrouvé dans certaines

études locales^{10,11}, mais inférieur à celui rapporté par d'autres auteurs^{7,15}, ce qui peut s'expliquer par la prédominance des grands prématurés dans notre population. La détresse respiratoire, principale anomalie clinique, reflète directement l'immaturité pulmonaire liée à l'insuffisance de surfactant chez ces enfants^{9,10,13}. L'hypoglycémie, également fréquente, était observée dans plusieurs études^{7,10} et traduit les réserves énergétiques limitées des nouveau-nés de faible poids.

4. Aspects thérapeutiques

La majorité des nouveau-nés ont bénéficié d'une antibiothérapie (97,4 %) et d'une oxygénothérapie (92,3 %), ce qui rejoint les observations d'autres séries africaines^{7,14}. Cette fréquence élevée de l'antibiothérapie et de l'oxygénothérapie pourrait être expliquée par la fréquence des complications infectieuses et respiratoires dans ce contexte de prématurité. L'utilisation de la caféine (86,3 %) et du chauffage (83,8 %) traduit également la nécessité de prévenir l'apnée et l'hypothermie, complications majeures chez les grands prématurés. Plus de la moitié des nouveau-nés (52,1 %) ont reçu une alimentation orale, le plus souvent associant allaitement maternel exclusif (AME) et substitut du lait maternel (SLM), confirmant l'importance du lait maternel pour ses apports nutritionnels et immunitaires¹⁶. En revanche, la prise en charge en couveuse n'a concerné que 32,5 % des nouveau-nés, avec une durée moyenne de séjour de 10,8 ± 9,4 jours, ce qui reflète les limites du plateau technique. Cette contrainte souligne l'intérêt des soins mère kangourou, recommandés par l'OMS¹⁶, pour assurer la thermorégulation, renforcer le lien mère-enfant et améliorer la survie néonatale en milieu à ressources limitées.

5. Modalités évolutives

La durée moyenne d'hospitalisation observée dans notre série était comparable à celle rapportée dans d'autres études africaines^{7,10}, traduisant une prise en charge relativement homogène dans la région. En revanche, le poids moyen à la sortie était inférieur à celui décrit dans certaines publications^{7,10}, ce qui reflète les contraintes organisationnelles et les difficultés liées au suivi nutritionnel des prématurés. La mortalité néonatale relevée était élevée, dépassant les taux rapportés dans plusieurs pays africains^{7,11-18}. Cette surmortalité peut être attribuée à la forte proportion de grands prématurés hypotrophes, particulièrement vulnérables aux complications respiratoires et métaboliques, ainsi qu'aux limites du plateau technique, notamment le faible recours aux couveuses et l'insuffisance des moyens de ventilation^{12,16,17}.

6. Facteurs associés à la mortalité

En analyse univariée, plusieurs facteurs étaient associés au décès, notamment le poids très faible, la grossesse gémellaire, la non-prise de vitamines, l'absence d'alimentation par sonde naso-gastrique ou orale, ainsi que la survenue d'incidents. L'analyse multivariée a permis

d'identifier trois facteurs indépendants significatifs : un poids de naissance inférieur à 1000 g, la grossesse gémellaire et l'absence d'alimentation orale. Ces résultats confirment que l'extrême faible poids constitue un déterminant majeur de la mortalité néonatale, en raison de la vulnérabilité accrue aux complications respiratoires, métaboliques et infectieuses. Ils soulignent également l'importance d'une alimentation précoce et adaptée, ainsi que de soins de support performants, conformément aux recommandations de l'OMS^{1,16}, afin d'améliorer la survie des prématurés dans les contextes à ressources limitées.

Conclusion

Cette étude montre que les nouveau-nés de faible poids représentent une proportion importante des admissions au CHU de Tengandogo et présentent un pronostic préoccupant, marqué par une mortalité néonatale élevée, en particulier chez les très petits prématurés et les jumeaux. Les déterminants identifiés : poids < 1 000 g, grossesse

gémellaire et impossibilité d'initier une alimentation orale soulignent la vulnérabilité de cette population et les limites actuelles du plateau technique.

Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'un renforcement global de la prise en charge néonatale : amélioration du suivi prénatal, détection précoce des complications obstétricales, développement des soins mère-kangourou, optimisation de la prise en charge nutritionnelle, disponibilité accrue des moyens de ventilation non invasive et amélioration de la thermorégulation. Par ailleurs, des études multicentriques et longitudinales permettraient de mieux comprendre l'évolution des enfants de faible poids au-delà de la période néonatale et d'orienter les stratégies nationales de réduction de la mortalité

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel de l'unité de néonatalogie du CHU de Tengandogo pour sa collaboration et son engagement dans la collecte des données.

Références

1. World Health Organization. Global nutrition targets 2025 : policy brief on low birth weight. Geneva :WHO ; 2025.
2. World Health Organization. Low birthweight: country, regional and global estimates. New York :UNICEF ; 2004.
3. Bénoist G. Les référentiels des collèges pédiatrie. 9e éd. Paris : Elsevier Masson ; 2023.
4. Lepercq J, Boileau P. Physiologie de la croissance fœtale. *EMC Gynécologie - Obstétrique*. 2005 ;2(3):199–208.
5. Nicolas HB, Jonathan YT, Christian MB, Lubunga E, Mulondani BM, Mwilu M, et al. Aspects épidémiologiques des nouveau-nés de faible poids de naissance à Bukavu. *Int J Innov Appl Stud*. 2023 ;39(1) :240–247.
6. Lonu DL, Baba DMA, Bugasaki JK. Epidémiologie des infections néonatales précoces à Bunia. *Int J Innov Appl Stud*. 2024 ;42(4) :719–725.
7. Kain DP, ZamanéH, Sawadogo YA, Bongoungou PE, Ouédraogo C, Thiéba B : Faible poids de naissance : aspects épidémiologiques et pronostic néonatal au CHU de Bogodogo. *J SAGO*. 2022 ;23(1) :1-8.
8. Akolly DAE, Guedenon KM, Tsolenyanu E, Dzowonou YD, Djadou KE, Douti NK, et al. Facteurs associés à la mortalité du nouveau-né de faible poids de naissance au Togo. *Périnatalité*. 2022 ;14(4) :205–212.
9. Chiabi A, Miaffo L, Mah E, Nguefack S, Mbuagbaw L, Tsafack J, et al. Facteurs de risque et pronostic hospitalier des nouveau-nés de faible poids de naissance à Yaoundé. *Arch Pédiatr*. 2014 ;21(2) :142–146.
10. Faye PM, Diagne-Gueye NR, Paraiso IL, Ba A, Gueye M, et al. Croissance pondérale post-natale des nouveau-nés de faible poids de naissance à Dakar. *J PédiatrPuéricult*. 2016 ;29(1) :20–27.
11. Ouédraogo SO, Kaboré R, Koueta F, Sawadogo H, Dao L, Nacro B, et al. Facteurs de risque de décès des nouveau-nés de faible poids de naissance à Ouagadougou. *J PédiatrPuéricult*. 2013 ;26(4) :204–209.
12. Coulibaly A, Baguiya A, Millogo T, Meda IB, Koueta F, Kouanda S. Predictors of mortality of low-birth-weight newborns during the neonatal period: a cohort study in Burkina Faso. *Int J GynaecolObstet*. 2016 ;135 Suppl : S89–92.
13. Ilunga PM, Mukuku O, Mawaw PM, Mutombo AM, Lubala TK, Wembonyama SO, et al. Fréquence et pronostic néonatal précoce de faible poids de naissance à Lubumbashi. *Pan Afr Med J*. 2016 ;23 :1–7.
14. Ranaivo NAR, Tsifiregna RL, Ramananirina MZ, Ransiarisoa ZN, Rajaonarison RHJ, Robinson AL, et al. Facteurs influençant la survie des nouveau-nés de très faible poids de naissance au CHUGOB. *Rev Méd Madagascar*. 2018 ;5(2) :45–52.

15. Asse KV, Aka KA, Yenan J, et al. Faible poids de naissance au CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) : étude rétrospective à propos de 179 cas. *Rev Ufhb-CI*. 2016 ;269–274.
16. World Health Organization. Recommendations on care of the preterm or low birth weight infant. Geneva : WHO ; 2025.
17. Zagré N, Kamboou S, Diakité E, Kinda I, Ouedraogo P, Kagoné W, et al. Pronostic immédiat des nouveau-nés de poids extrêmement faible à Ouagadougou. *Mali Méd*. 2024 ;39(1) :12–18.
18. Adrienne N. Survie des prématurés de moins de 1000 g au CHU de Ndjamen. *J Afr-Neonatal*. 2024 ;2(4) :97–101.