

MISE EN PLACE D'UNE UNITE DE SOINS KANGOUROU A L'HOPITAL DE LA PAIX DE ZIGUINCHOR/ SENEGAL : ETUDE PRELIMINAIRE

THIAM L., SECK N., BASSE L., BOIRO D., NIANG B., DIOUF F.N., COLY I.J.,
FAYE P.M., FALL A.L., NDIAYE O.

RESUME

Introduction : la santé néonatale des faibles poids de naissance (FPN) demeure une préoccupation majeure. Les Soins Kangourou (SK) sont une méthode efficace de prise en charge des FPN et constituent une bonne alternative, dans nos pays comme le Sénégal. L'objectif de l'étude était d'évaluer la mise en œuvre d'une unité de SK à l'Hôpital de la Paix de Ziguinchor (HPZ).

Matériels et méthode : il s'agissait d'une étude descriptive, du 1er mai au 31 juillet 2018, au service de pédiatrie de l'HPZ. Etaient inclus les FPN pesant entre 500 et 2000 grammes. N'étaient pas inclus, les nouveau-nés dont la durée de séjour en SK était < 72 heures. Nous avons étudié les données socio démographiques et épidémiologiques ; les données obstétrico-néonatales et les données évolutives, collectées à partir du dossier médical et la fiche d'inclusion et de suivi des SK.

Résultats : Durant la période d'étude, 50 nouveau-nés (26 garçons et 24 filles) de FPN ont été colligés, soit une prévalence de 26,9% de l'ensemble des accouchements. Nos parturientes avaient un âge compris entre 14 et 46 ans. Le nombre de Consultation Pré Natale (CPN) était ≥ 4 chez 16 patientes. La grossesse était gémellaire dans environ 1/3 des cas. Les pathologies obstétricales les plus retrouvées étaient l'éclampsie, la pré éclampsie (32%) et la rupture prématurée des membranes (20%). L'AG moyen était de 35 SA [28-40,6SA] et le poids de naissance moyen de 1510 g [500-2000]. Les pathologies néonatales, associées au FPN étaient l'infection néonatale dans 13 cas (soit 26 %) ; la maladie des membranes hyalines dans 05 cas (soit 10 %). Les principales complications retrouvées étaient l'hypothermie, 31 nouveau-nés ; la détresse respiratoire, 21 nouveau-nés et l'hypoglycémie, 18 nouveau-nés. Les SK étaient débutés en moyen 3 jours après la date d'hospitalisation. La température moyenne était stable à 36,7°C [33 – 39] et la glycémie moyenne à 0,81 g/l [0,1 – 1,54]. La durée d'hospitalisation variait entre 5 et 29 jours. Nous avons déploré 02 cas de décès. Le gain pondéral moyen était de 11,1 g/kg/j.

Conclusion : Le taux d'incidence des FPN est élevé à l'HPZ. Les SK constituent une alternative à l'insuffisance d'offre en soins conventionnels. Nous recommandons la formation du personnel médicale et paramédical et la construire d'une grande salle pour officialiser les activités de SK.

Mots-clés : Faible poids de naissance, Hôpital de la Paix de Ziguinchor, Soins kangourou.

SUMMARY

Establishment of a kangaroo care unit at the peace hospital in Ziguinchor / Senegal: preliminary study.

Introduction : neonatal low birth weight (LBW) health remains a major concern. Kangaroo care (KC) is an effective method of managing FPN and is a good alternative, in our countries like Senegal. The objective of the study was to assess the implementation of an KC unit at the Ziguinchor Peace Hospital (HPZ).

Materials and method: this was a descriptive study from May 1 to July 31, 2018, in the Pediatric Department of the HPZ. FPNs weighing between 500 and 2000 grams were included. Newborns whose duration of stay in KC was <72 hours were not included. We have studied socio-demographic and epidemiological data; obstetrico-neonatal data and evolutionary data, collected from the medical record and the inclusion and follow-up sheet of KC.

Results: during the study period, 50 newborns (26 boys and 24 girls) from FPN were collected, representing a prevalence of 26,9% of all deliveries. Our parturients were between 14 and 46 years old. The number of Pre-natal Consultation (CPN) was ≥ 4 in 16 patients. The pregnancy was twin in about 1/3 of the cases. The most common obstetric pathologies were eclampsia, pre-eclampsia (32%) and premature rupture of the membranes (20%). The average of gestational age (GA) was 35 weeks [28 – 40, 6 weeks] and the average birth weight 1510 grams [500 – 2000]. Neonatal pathologies associated with FPN were neonatal infection in 13 cases (26%); hyaline membrane disease in 05 cases (10%). The main complications found were hypothermia, 31 newborns; respiratory distress, 21 newborns and hypoglycemia, 18 newborns. KC was started on average 3 days after the date of hospitalization. The average temperature was stable at 36,7°C [33 - 39] and the average blood sugar at 0,81 g/l [0,1 – 1,54]. The length of hospital stay varied between 5 and 29 days. We deplored 02 cases of death. The average weight gain was 11,1 g/kg/day.

Conclusion : the incidence rate of FPN is high at HPZ. KC are an alternative to the insufficient supply of conventional care. We recommend training medical and paramedical staff and building a large room to formalize KC activities.

Keywords: Low birth weight, Ziguinchor Peace Hospital, kangaroo care

Tirés à part : Thiam Lamine, Hôpital de la Paix de Ziguinchor, Service de Pédiatrie. Email lthiam@univ-zg.sn

L. THIAM, N. SECK, L. BASSE, D. BOIRO, B. NIANG, F.N.DIOUF, I.J.COLY, P.M.FAYE, A.L. FALL, O. NDIAYE.
Mise en place d'une unité de soins Kangourou à l'Hôpital de la Paix de Ziguinchor/Sénégal : étude préliminaire. Journal de la SAGO, 2020, vol. 21, n°1, p.31-37.

INTRODUCTION

Dans les pays en développement, la santé néonatale constitue un véritable problème de santé publique. Au Sénégal, la mortalité néonatale était estimée à 28‰ en 2017, représentant ainsi la moitié de la mortalité infanto juvénile [1]. Les principales causes de décès des nouveau-nés à travers le monde sont représentées par la prématurité (36%), l'asphyxie périnatale (23%) et le sepsis (15%). Les faibles poids de naissance (FPN) (prématurés et RCIU) sont très vulnérables et exposés à de nombreuses complications telles que le sepsis, les désordres métaboliques et les désordres neurosensoriels à distance [2]. L'une des objectifs pour un développement durable, est d'éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans à l'horizon 2030. En effet, tous les pays devront chercher à ramener la mortalité néonatale à 12‰ naissances vivantes au plus, et la mortalité infanto-juvénile à 25‰ naissances vivantes au plus. Une réduction de la mortalité néonatale est nécessaire pour l'atteinte de cet objectif, ce qui suppose une amélioration de la survie des FPN. Parmi les problèmes liés à cette survie, l'hypothermie et l'alimentation constituent des éléments très importants. Les soins kangourou (SK) sont une méthode efficace et peu onéreuse de prise en charge des FPN et constituent une bonne alternative, dans les pays en développement comme le Sénégal, pour pallier l'insuffisance d'offre en soins conventionnels [3,4]. Il s'agit de favoriser un contact peau à peau, mère-enfant, permettant d'éviter l'hypothermie, de promouvoir l'allaitement maternel et de renforcer le lien mère-enfant.

L'Hôpital de la Paix de Ziguinchor (HPZ) comporte un service de pédiatrie qui a débuté les activités en 2015. C'est dans ce contexte que notre travail s'inscrivait.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la mise en œuvre d'une unité de SK au sein du service de pédiatrie de l'HPZ.

Les objectifs spécifiques étaient d'étudier l'efficacité des SK en termes de croissance et thermorégulation, d'évaluer les modes d'alimentation, de décrire les complications et d'apprécier l'impact sur la survie des FPN.

I. MATERIELS ET METHODE

1. Site de l'étude

Notre étude a eu pour cadre le service de pédiatrie de l'hôpital de la paix de Ziguinchor. L'hôpital est une structure hospitalo-universitaire de référence dans la région de Ziguinchor et dans la sous-région. Il comporte un service de pédiatrie d'une capacité de 30 lits. Le personnel médical du service de pédiatrie de l'HPZ est constitué par trois médecins pédiatres (un assistant universitaire, deux praticiens

hospitaliers). Le personnel para médical est constitué par une infirmière d'état, surveillante de service, six (06) infirmiers d'état, quatre (04) assistants infirmiers et une (01) technicienne de surface. Le service de pédiatrie comporte quatre (04) unités : les soins externes ; le CREN (centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnel) ; les hospitalisations et la néonatalogie. L'unité de néonatalogie est constituée d'une grande salle contenant huit (08) berceaux, deux (02) tables chauffantes et une (01) couveuse. Elle compte également une salle annexe d'une capacité de 4 lits pour hospitalisation mère enfant.

2. Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique sur une période de 3 mois allant du 1er mai au 31 juillet 2018.

3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée par les nouveau-nés, int born et out born de faible poids de naissance.

Critères d'inclusion : étaient inclus dans l'étude les faibles poids de naissance pesant entre 500 et 2000 grammes à l'admission dans le service de pédiatrie de l'HPZ.

Critères de non inclusion : n'étaient pas inclus dans l'étude, les nouveau-nés dont la durée de séjour dans l'unité de soins kangourou était inférieure à 72 heures.

4. Fonctionnement de l'unité de soins Kangourou

Pour les besoins de cette étude, une salle d'une capacité de 4 lits a été aménagée en hospitalisation. Les nouveau-nés sont admis directement ou après un passage en incubateur. Un entretien de pré-inclusion est fait avec les parents. Le portage ventral est fait avec un pagne léger de la mère. Il est permanent. L'alimentation débute en général avec une sonde puis en fonction du niveau de maturation neurologique, elle est administrée par seringue, tasse et en fin par tétées ou biberons. Le lait maternel est privilégié, avec une supplémentation en lait artificiel adaptée aux besoins.

Les mamans assurent l'essentiel des soins pour leur enfant (alimentation au sein ou autres méthodes, portage, toilettes. . .). Elles sont assistées par une infirmière qui assure les pesées quotidiennes, les prises de température (toute les 3 heures) et l'administration de médicaments. La glycémie capillaire est appréciée en fonction de l'état clinique et de l'autonomie alimentaire.

Des séances continues d'information, éducation et communication (IEC) sont tenues dans l'unité

pendant lesquelles mères et accompagnants sont sensibilisés aux soins des nouveau-nés de FPN, à l'importance des règles d'hygiène et de prévention des infections, aux stratégies favorisant l'allaitement maternel et aux bénéfices des SK.

Les SK se poursuivaient à domicile avec un suivi hebdomadaire lorsque l'enfant est autonome et qu'il a une prise pondérale satisfaisante (15g/kg/j pendant 3 jours). L'arrêt des SK est en général décidé lorsque le nouveau-né atteint 2500 grammes ou qu'il ne tolère plus la position kangourou.

5. Recueil et analyse des données

Les données ont été collectées à partir du dossier médical d'hospitalisation et la fiche d'inclusion et de suivi des SK. Nous avons étudié les paramètres suivants :

- Données socio démographiques et épidémiologiques : âge, adresse, situation matrimoniale, activité professionnelle, niveau d'instruction ;
- Données obstétricales : nombre de CPN, pathologies obstétricales, accouchement, terme de la grossesse, lieu et voie d'accouchement, aspect du liquide amniotique, nombre de fœtus, corticothérapie anténatale.
- Données néonatales : le sexe ; le poids ; les événements en soins conventionnels avec les pathologies associées et les complications néonatales ; le type et le mode d'alimentation du nouveau-né ; les critères anthropométriques à l'admission et à la sortie de l'unité de SK.
- Données évolutives : évolution pondérale (prise pondérale quotidienne, poids à la sortie de l'unité, à 40 semaines, à 3 mois, à 6 mois et à 1 an d'âge corrigé) ; surveillance de la température corporelle ; complications ; durée du séjour en SK.

Les critères de jugement de l'efficacité de la méthode ont été : la prise pondérale quotidienne ; l'absence d'hypothermie ; l'absence d'hypoglycémie et le pourcentage de survie.

II. RESULTATS

Durant la période de notre étude, nous avons enregistré 186 nouveau-nés. Parmi ces enfants nous avons répertorié 67 accouchements prématurés et/ou de RCIU, soit une prévalence de 36%. Les FPN pesant entre 500 et 2000 grammes constituaient 50 cas (26 garçons et 24 filles). Ce qui fait une prévalence de 26,9% de l'ensemble des accouchements et de 74,6% de l'ensemble des FPN.

1. Données sociodémographiques et épidémiologiques

Nos parturientes avaient un âge compris entre 14 et 46 ans. Elles provenaient de la commune de Ziguinchor dans 46% des cas, contre 54% hors de la commune de Ziguinchor. Cinquante-deux pour cent des parturientes étaient des femmes au foyer. Dans le groupe des femmes sans activité professionnelle, il y avait 01 étudiante et 13 élèves du secondaire. Près de 1/3 des mères étaient des célibataires. Le tableau I résume les données sociodémographiques et épidémiologiques.

Tableau I : Répartition de la population selon les données sociodémographiques et épidémiologiques

Données sociodémographiques et épidémiologiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age de la mère (ans)		
14 – 18	06	12
19 – 35	37	74
36 – 46	07	14
Régime matrimonial		
Célibataire	14	28
Mariée	35	70
Veuve	01	02
Niveau Socio-Economique		
Bas	30	60
Moyen	18	36
Elevé	02	04
Scolarisation Mère		
Oui	38	76
Non	12	24
Profession Mère		
Femme au foyer	26	52
Fonctionnaire	02	04
Autres fonctions	07	14
Sans fonction	15	30

2. Données obstétricales

Le nombre de CPN était supérieur ou égal à 4 chez 16 patients (soit 32%). La grossesse était gémellaire dans environ 1/3 des cas (n=16 soit 32%).

Les pathologies obstétricales les plus retrouvées étaient l'éclampsie et la pré éclampsie (32%), la RPM (20%) et l'anémie (18%). Le terme de la grossesse était inférieur à 34 SA chez 22 parturientes, dont 03 avaient bénéficié d'une corticothérapie anténatale.

L'accouchement se faisait à la maternité de l'HPZ dans 84% des cas. Le tableau II résume la répartition de la population selon les données obstétricales.

Tableau II : Répartition de la population selon les données obstétricales

Données obstétricales	Variable	Effectif	%	
Nombre de CPN	< 4	34	68	
	≥ 4	16	32	
Nombre de Fœtus	Unique	34	68	
	Gémellité	16	32	
	Pathologie Obstétricale			
	Eclampsie et pré éclampsie	16	32	
	Rupture Prématurée des Membranes	10	20	
	Anémie	09	18	
	Infection urogénitale	02	04	
Voie accouchement	Hématome rétro-placentaire	01	02	
	Césarienne	24	48	
	Voie basse	26	52	
	Poste de sante	01	02	
Lieu accouchement	Centre de santé	06	12	
	Domicile	01	02	
	Hôpital	42	84	
Corticothérapie anténatale	Non renseignée	19	38	
	Non indiquée	28	56	
	Faite	03	06	

3. Données néonatales

L'AG était déterminé dans 38% (19 nouveau-nés) des cas par la DDR ; dans 54% (27 nouveau-nés) des cas par une échographie précoce et dans 08% (4 nouveau-nés) des cas par un score de maturation à l'examen clinique de l'enfant à la naissance.

Les 50 nouveau-nés étaient reçus immédiatement à la structure, à 16 minutes en moyenne avec des extrêmes allant de 3 à 240 minutes après la naissance, accompagnés d'une fiche de liaison mère enfant.

L'AG moyen était de 35 SA avec des extrêmes allant de 28 à 40 SA plus 6 jours. Les grands prématurés, nés entre 28 et 32 SA étaient au nombre de 12 nouveau-nés (soit 24 %). Les prématurés modérés, nés entre 32 et 36 SA plus 6 jours étaient au nombre de 25 nouveau-nés (soit 50 %). Les 13 nouveau-nés (soit 26 %) restant étaient des hypotrophes nées à terme.

Le poids de naissance (PN) moyen était de 1510 g avec des extrêmes allant de 500 à 2000 grammes.

Les FPN, entre 1500 et 2000 grammes étaient au nombre de 33, soit 66 %. Les très FPN, entre 500 et 1500 grammes étaient au nombre de 17, soit 34 %.

Les pathologies néonatales, associées au FPN étaient l'infection néonatale dans 13 cas (soit 26 %), la maladie des membranes hyalines dans 05 cas (soit 10 %) ; les apnées du prématuré dans 04 cas (soit 08%) ; l'asphyxie périnatale dans 03 cas (soit 06%) et l'ECUN dans 01 cas (soit 02 %).

Les principales complications retrouvées étaient l'hypothermie chez 31 nouveau-nés ; la détresse respiratoire chez 21 nouveau-nés et l'hypoglycémie chez 18 nouveau-nés. Le tableau III donne la répartition des nouveau-nés selon le tableau clinique et les complications.

Tableau III : Répartition des nouveau-nés selon le tableau clinique et les complications

Tableau clinique	Effectif	%
Hypothermie	31	62
Détresse respiratoire	21	42
Hypoglycémie	18	36
Fièvre	17	34
Détresse neurologique	09	18
Ictère	08	16
Difficulté alimentaire	08	16
Hyperglycémie	05	10
Etat de choc	04	08
Ballonnement abdominal	02	04
Pâleur	01	02

4. Données thérapeutiques et évolutives

Les nouveau-nés, admis étaient hospitalisés directement dans l'unité de SK dans 64 % des cas (n= 32 nouveau-nés) ou après un bref séjour en néonatalogie, sur incubateur ouvert (table chauffante) dans 36 % des cas (n= 18 nouveau-nés).

Les SK étaient débutés en moyen 3 jours après la date d'hospitalisation avec des extrêmes de 0 à 14 jours. Plus de la moitié (n= 29 soit 58 %) des mères ont commencés les SK dans les 72 heures qui suivent la naissance. La figure 1 résume l'évolution du poids moyen dans l'unité de SK.

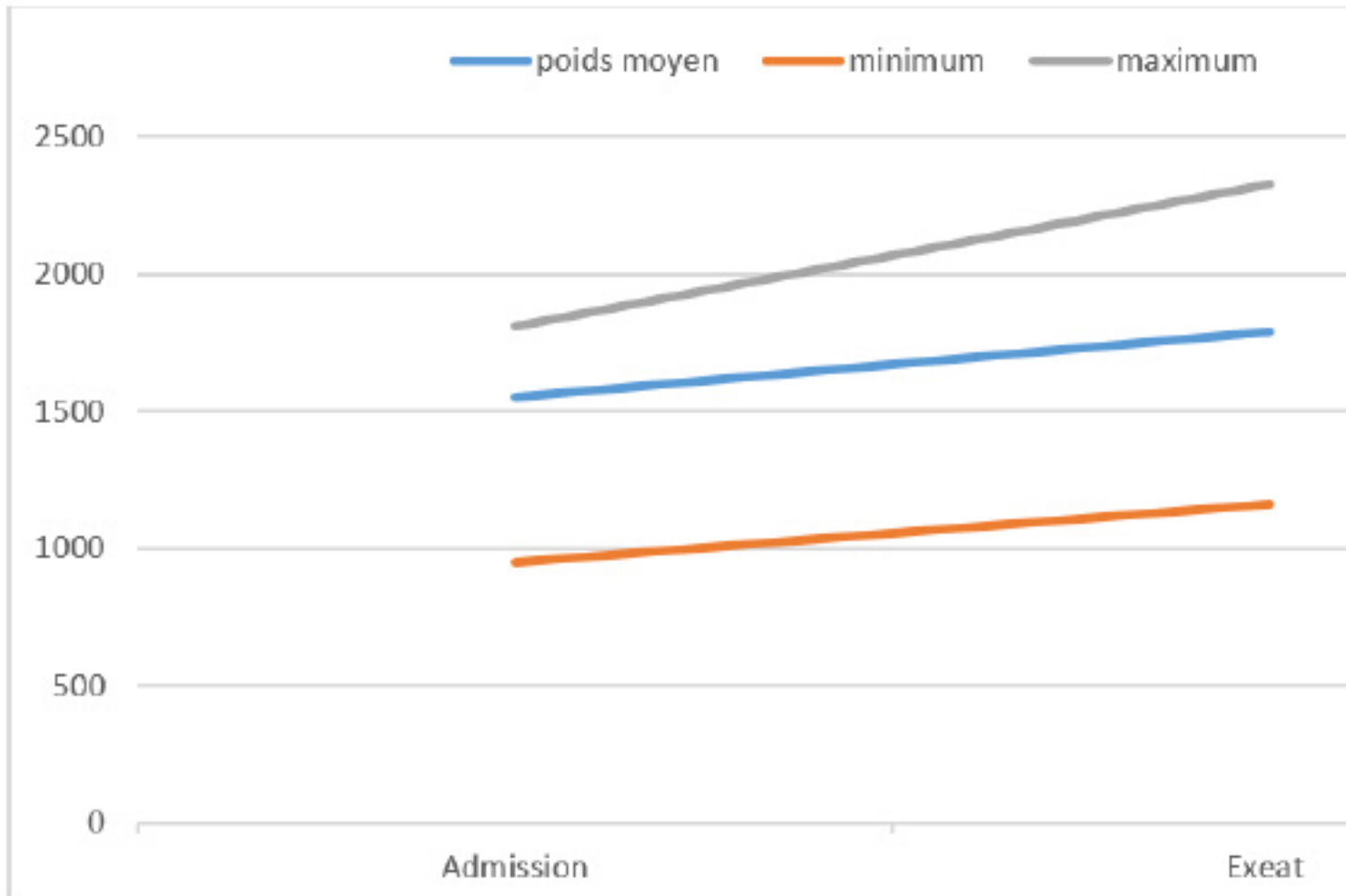


Figure 1 : Poids moyen des nouveau-nés à l'admission et à la sortie de l'unité de SK

Les nouveau-nés recevaient un allaitement mixte dans 100% des cas. Dans 03 cas l'alimentation du nouveau-né était passive avec l'utilisation d'une sonde naso-gastrique.

La température moyenne était stable à 36,7°C avec des extrêmes allant de 33 à 39°C. Trente-un enfants avaient présentés une hypothermie dont 25 avant le démarrage des SK. La glycémie moyenne était de 0,81 g/l avec des extrêmes allant de 0,1 à 1,54 g/l. Dix-huit nouveau-nés avaient une hypoglycémie avant le démarrage des SK.

La durée d'hospitalisation totale (Néonatalogie et unité de SK) variait entre 5 et 29 jours.

Nous avons déploré 02 cas de décès survenu les week ends. Le taux de mortalité était de 04% (02 décès sur les 50 nouveau-nés). Un nouveau-né avait présenté une tuméfaction de la hanche droite après trois jours obligeant un arrêt des SK.

Le gain pondéral moyen était de 11,1 g/kg/j avec un minimum de 3,4 et un maximum de 27,2 g/kg/j. Vingt-

deux (22) nouveau-nés avaient un gain pondéral inférieur 10 g/kg/J ; 13 nouveau-nés avaient un gain pondéral entre 10 et 15 g /kg/J et 11 nouveau-nés un gain pondéral de plus de 15 g/kg/J.

En ambulatoire le gain pondéral était plus important de 12,7 g/kg/j avec un minimum 4,3 et un maximum de 28,9 g/kg/J.

III. COMMENTAIRES

Les SK sont une méthode efficace de prise en charge des FPN. Ils constituent une bonne alternative, dans certaines structures sanitaires du Sénégal comme l'HPZ, pour pallier l'insuffisance d'offre en soins conventionnels [3,4]. Le service de pédiatrie de l'HPZ ne dispose que d'une couveuse et de deux tables chauffantes. Cependant la néonatalogie de l'HPZ est une unité de référence de niveau II dans la prise en charge des nouveau-nés et des enfants âgés de moins de 2 mois. Il polarise toute la région de Ziguinchor ; la zone nord de la région de Kolda et la sous-région (Gambie, Guinée Bissau).

En effet, plus de la moitié de nos parturientes provenait hors de la commune de Ziguinchor (54% contre 46% de la commune de Ziguinchor). Le taux d'incidence des FPN de notre série est de 26,9% (50 nouveau-nés), ce qui est très élevée par rapport à la moyenne nationale chiffrée à 12% en 2017 [1]. L'OMS estime que les nouveau-nés de FPN représentent 17% de l'ensemble des naissances vivantes. Cette fréquence est variable selon les pays, allant de 6% dans les pays développés à 28% dans les pays en voie de développement [5,6].

Cette hausse de la fréquence s'explique en partie par le fait que l'HPZ est une structure de référence dans la prise en charge des nouveau-nés, et plus de la moitié des FPN sont référés des structures situées en dehors de la commune de Ziguinchor. En effet des taux un peu moins élevés ont été retrouvés dans la région naturelle de la Casamance. Lamine D et al. ont retrouvé 23,8 % de FPN à la maternité du centre de santé de Vélingara [7].

Le taux d'incidence élevée des FPN à l'HPZ justifie l'urgence de la mise en place d'une unité de SK à l'hôpital.

1. Données sociodémographiques et épidémiologiques

Environ 1/3 de nos parturientes avait un âge jeune de moins de 18 ans et/ou un âge avancé de plus de 35 ans. Ce pourcentage est relativement faible comparé à ceux qui est retrouvé dans la littérature. En effet, ces auteurs qualifient ces âges extrêmes de facteurs de risque de FPN [8, 9, 10, 11].

Il est classiquement rapporté que les caractéristiques maternelles et les événements survenant en cours de la grossesse ont un impact sur le poids de l'enfant à la naissance [9,10]. La relation entre niveau socioéconomique (célibataire et absence de profession) et risque d'accouchement prématuré est assez étroite. Ainsi nous avons retrouvé dans notre travail 52% de femmes au foyer, une étudiante et 13 élèves en secondaire. Près de 1/3 des mères étaient célibataires. Ce même constat a été fait à l'hôpital Abass Ndao par Gueye qui avait retrouvé 44,1% de célibataires et 90,5% de femmes au foyer [12].

2. Données obstétricales

Dans notre série 34 femmes (soit 68%) avaient fait moins de 4 CPN contrairement aux recommandations du Sénégal. Selon Cissé et al., la fréquence des CPN est fortement corrélée à la naissance d'un faible poids, en effet dans son travail il avait démontré que 25% des femmes qui n'avaient jamais bénéficié de CPN avaient donné naissance à un faible poids [13].

Parmi nos parturientes, il y avait 08 femmes qui présentaient une grossesse gémellaire. La relation entre accouchement de FPN et grossesse multi fœtale a été retrouvée par plusieurs auteurs [14, 15]. Dans une structure sanitaire située dans la même région, Diallo et al., avaient retrouvés les grossesses multiples dans environ la moitié des cas [15].

Dans notre série, les pathologies obstétricales les plus retrouvées étaient l'éclampsie et la pré éclampsie (40%), la RPM (20%) et l'anémie (10%). Ces pathologies expliquent en grande partie les accouchements de FPN comme l'ont retrouvé d'autres auteurs [12, 15, 16].

3. Données néonatales ; thérapeutiques et évolutives

Les principales complications retrouvées dans notre étude étaient l'hypothermie chez 31 nouveau-nés (soit 62%) ; la détresse respiratoire chez 21 nouveau-nés (soit 42M%) ; l'hypoglycémie chez 18 nouveau-nés (soit 36%) ; l'infection chez 17 nouveau-nés (soit 34%). Ces complications étaient retrouvées en majorité chez les nouveau-nés admis à la réanimation néonatale. Elles sont classiques de la prématurité et avaient été retrouvées par d'autres auteurs sauf l'infection [12, 15, 17, 18]. Dans l'unité de SK, les nouveau-nés présentaient moins de complications. En effet les nouveau-nés suivis en SK ne bénéficient pas de perfusion et sont donc moins exposés aux infections surtout nosocomiales. Nous avons noté 02 cas de décès. Un nouveau-né était décédé par pneumopathie d'inhalation et un autre décédé par accident lié aux SK. Le taux de mortalité était de 04% (02 décès sur les 50 nouveau-nés). Durant la même période de l'année passée, le taux de mortalité était de 9,5% (02 décès sur 21 nouveau-nés). Le tableau IV donne la comparaison de la prévalence et de la mortalité des FPN entre 2017 et 2018.

Tableau IV : Prévalence et mortalité des faibles poids de naissance

Indicateurs	Effectif
2017	
Nombre de nouveau-né	83
Nombre de faible poids de naissance	21
Décès nouveau-nés	04
Décès faible poids de naissance	02
2018	
Nombre de nouveau-né	186
Nombre de faible poids de naissance	50
Décès nouveau-nés	19
Décès faible poids de naissance	02

CONCLUSION

Le taux d'incidence des FPN est élevé à l'HPZ. Les SK constituent une alternative à l'insuffisance d'offre en soins conventionnels. Nous recommandons la formation du personnel médicale et paramédical et la construire d'une grande salle pour officialiser les activités de SK.

Conflit d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

1. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).** Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal EDS-Continue 2017. Rapport final Dakar, Sénégal.
2. **Kinney MV, Howson CP, Mc Dougall L, Lawn JE.** Sommaire exécutif d'arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées. Organisation mondiale de la Santé; 2012 [Marchofdimmes, PMNCH, Savet hechildren, http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf].
3. **Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL.** Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 4 : CD002771.
4. **Ndiaye O, Diouf A, Diouf S, et al.** Efficiency of kangaroo care on thermo regulation and weight gain of apremature new born cohort in Dakar. *Dakar Med* 2006 ; 51 : 155–60.
5. **OMS. Low birth weight:** a tabulation of available information. Maternal health and safe motherhood program. 199 WHO, New York. UNICEF.
6. **OMS.** Cibles mondiales de nutrition 2025 Note d'orientation sur l'insuffisance pondérale à la naissance. WHO/NMH/NHD/14.5
7. **Lamine D.** Analyse et interprétation des données relatives aux poids des enfants à la naissance, à la maternité du centre de Santé de Vélingara (Sénégal), Bibliothèque ISED. 20 <http://www.ised.sn/epi.htm>. Consulté 13 juin 2013
8. **Kyamusugulwa MP.** Faible poids de naissance au Maniema (République démocratique du Congo) *Cahiers Santé* 2006 ; 16 (2) : 103 – 107.
9. **Aras RY.** Is maternal age risk factor for low birth weight? *Arch Med Health Sci* 2013 ; 1 (1) : 33 – 37.
10. **Yilgwan CS, Utoo TB, Hyacinth HI.** Maternal characteristics influencing birth weight and infant weight gain in the first 6 weeks postpartum : A cross-sectional study of a post-natal clinic population. *Niger Med J.* 2012 ; 53 (4) : 200 – 5.
11. **Swamy GK, Edwards S, Gelfand A, James SA, Miranda ML.** Maternal age, birth order, and race : Differential effects on birth weight. *J Epidemiol Community Health.* 2012 ; 66 (2) : 136 – 42.
12. **Gueye M, Faye P M, Gueye Diagne N R, Seye P I, Cissé Bathily A, Bampoky P, Diallo D.** Aspects épidémiologiques et évolutifs de la prématurité au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal). *Journal de la SAGO.* 2011; 12 : 7 - 12.
13. **Cisse CT, Tall-Diaw C, Sow S, Bnouhoud M, Dina G.** Accouchement prématuré : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998 ; 27 : 71 - 6.
14. **Schaaf JM, Mol BW, Abu-Hanna A, Ravelli AC.** Trends in preterm birth : singleton and multiple pregnancies in the Netherlands, 2000-2007. *BJOG* 2011 ; 118 (10) : 1196 - 204.
15. **Diallo FB.** Bilan de la prématurité supérieure ou égale à 32 SA à l'hôpital régional de Ziguinchor : étude prospective sur une période de 1 an [Thèse Med]. *Pédiatrie : Dakar ;* 2016. 86 N° 285.
16. **Balaka B, Baeta S, Agbéré AD, Boko K, Kessie K, Assimadi K.** Facteurs de risque associés à la prématurité au CHU de Lomé, Togo. *Bull Soc Pathol Exot* 2002 ; 95 (4) : 280-3.
17. **Guissé AL.** Bilan de la prématurité à l'hôpital d'enfant Albert Royer [Thèse Med]. *Pédiatrie : Dakar ;* 2014. 86 N° 20.
18. **Diouf S.** Epidémiologie et facteurs étiologiques de la prématurité au niveau de la maternité de l'hôpital général de Grand Yoff. Etude prospective du 1er janvier au 31 août 2013. [Thèse Med]. *Dakar ;* 2014. 86 N° 65.