

Importance des évènements socio-psycho-médicaux dans le décès des enfants de un à 59 mois dans les hôpitaux de Brazzaville.

Importance of socio-psycho-medical events in the death of children aged one to 59 months in Brazzaville hospitals.

Milandou Nkounkou KGC¹, Ollandzobo Ikobo LC^{1,2}, Eouani MLE³, Missambou Mandilou SV¹, Nika ER¹, Mabiala Babela JR^{1,2}.

1. Service de pédiatrie nourrisson, CHU de Brazzaville, Congo
2. Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
3. Service de gynécologie obstétrique, Hôpital général de Loandjili, Pointe Noire, Congo

Correspondance: Professeur Jean Robert Mabiala Babela, Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville. Service de pédiatrie nourrissons, CHU de Brazzaville BP: 32, Brazzaville, Congo, Email: imalababela@yahoo.fr

RESUME

Introduction Le décès d'un enfant avant le cinquième anniversaire constitue une situation fréquente dans les pays en développement. Ce travail a été réalisé en vue d'établir la relation entre le décès d'un enfant avant cinq ans et certains évènements socio-psychologiques et médicaux depuis la conception.

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude multicentrique, à recueil prospectif réalisée dans trois grands hôpitaux de Brazzaville. Elle a permis de comparer les enfants de un à 59 mois décédés en hospitalisation aux enfants non décédés et admis immédiatement. Les deux groupes étaient appariés selon le sexe et l'âge. **Résultats** Au total, 176 enfants étaient décédés représentant 12,6% des admissions. L'âge moyen était de $22,5 \pm 15,9$ mois. Le niveau socioéconomique était bas dans 53,4%, moyen, 43,1% et élevé, 3,5%. Les enfants décédés étaient issus d'un foyer monoparental dans 44,3%, et d'une grossesse non désirée dans 53,4%, avec tentative d'avortement dans 31,8%, et non suivie, 41,5%. Le poids à la naissance était inférieur à 2500g dans 52,8%. Le calendrier vaccinal n'était pas à jour dans 43,2%. Ils présentaient tous des antécédents d'hospitalisation, et provenaient du domicile dans 131 cas (74,4%). A l'admission, une dénutrition était retrouvée dans 128 cas (72,7%) et une pâleur sévère dans 135 cas (76,7%). La prise en charge était faite immédiatement dans 75 cas (42,6%), dans l'heure qui suivait dans 30 cas (17,1%). Le paludisme grave (40%), les gastroentérites aiguës (16%), et les infections respiratoires aiguës (14%), étaient les causes de décès les plus fréquentes. Le décès survenait moins de six heures suivant l'admission de l'enfant à l'hôpital dans 30,6%, entre six et 24 heures dans 25%, entre 24 et 48 heures dans 5,1%. Les facteurs de risque de survenue du décès étaient le bas niveau socioéconomique (OR= 4,4 [2,9 – 6,5] ; $p < 0,0001$), la monoparentalité du foyer (OR= 3,4 [2,3 – 5,1] ; $p < 0,0001$), le bas niveau d'instruction des parents (OR= 2,3 [1,5 – 3,6] ; $p < 0,001$), le caractère de grossesse non désirée (OR= 4,4 [3,0 – 6,5] ; $p < 0,0001$), l'existence d'une tentative d'avortement (OR= 25,4 [13,2 – 48,9] ; $p < 0,0001$), l'absence du suivi de la grossesse (OR= 13,1 [8,4 – 20,4] ; $p < 0,0001$), l'accouchement dystocique (OR= 4,9 [2,9 – 8,2] ; $p < 0,0001$), le petit poids de naissance (OR= 2,6 [1,8 – 3,8] ; $p < 0,0001$), l'existence du calendrier vaccinal non à jour (OR= 2,3 [1,6 – 3,4] ; $p < 0,0001$) et plus de deux hospitalisations antérieures (OR= 3,3 [2,3 – 4,8] ; $p < 0,0001$), la présence d'une dénutrition à l'admission (OR= 3,8 [2,6 – 5,6] ; $p < 0,0001$), et la prise en charge tardive (OR= 5,9 [3,9 – 8,8] ; $p < 0,0001$). **Conclusion** Le décès d'un enfant de un à 59 mois dans les hôpitaux de Brazzaville est lié aux évènements ayant jalonné la vie de l'enfant depuis la conception. L'identification des mères vulnérables dès la conception permettrait de leur garantir une prise en charge socio-anthropologique ciblée, et des contacts prénataux spécialisés.

Mots clés : Mortalité ; itinéraire ; anthropologie ; enfant ; Congo.

SUMMARY

Introduction The death of a child before the fifth birthday is a concern worldwide, particularly in developing countries. This work was carried out to establish the relationship between the death of a child between 1 and 59 months of age and certain socio-psychological and medical events since conception.

Material and methods This is a multicentric, prospective study carried out in 3 large hospitals in Brazzaville. It compared children aged 0 to 5 (excluding newborns) who died in hospital with children who

did not die and were admitted immediately. The two groups were matched by sex and age. **Results** A total of 176 children had died, representing 12.6% of admissions. The mean age was 22.5 ± 15.9 months. The socioeconomic level was low in 53.4%, medium, 43.1% and high, 3.5%. The children who died were from a single parent in 44.3%, and from an unwanted pregnancy in 53.4%, with attempted abortion in 31.8%, and untreated, 41.5%. The birth weight was less than 2500g in 52.8%. The vaccination schedule was not up to date in 43.2%. They all had a history of hospitalization, and came from the home in 131 cases (74.4%). On admission, undernutrition was found in 128 cases (72.7%) and severe pallor in 135 cases (76.7%). Management was done immediately in 75 cases (42.6%), within one hour in 30 (17.1%). severe malaria, 40%, acute gastroenteritis, 16%, and acute respiratory infections, 14%, were the most common causes of death. Death occurred within 6 hours of the child's admission to hospital in 30.6%, between 6 and 24 hours in 25%, between 24 and 48 hours in 5.1%. The risk factors for death were the low socioeconomic level (OR = 4.4 [2.9 - 6.5]; $p < 0.0001$), the single-parent household structure (OR = 3.4 [2, 3 - 5.1]; $p < 0.0001$), the low level of education of the parents (OR = 2.3 [1.5 - 3.6]; $p < 0.001$), the non-unwanted pregnancy nature (OR = 4.4 [3.0 - 6.5]; $p < 0.0001$), the existence of an attempted abortion (OR = 25.4 [13.2 - 48.9]; $p < 0.0001$), the absence of pregnancy monitoring (OR = 13.1 [8.4 - 20.4]; $p < 0.0001$), obstructed labor (OR = 4.9 [2.9 - 8.2]; $p < 0.0001$), low birth weight (OR = 2.6 [1.8 - 3.8]; $p < 0.0001$), the existence of an outdated vaccination calendar (OR = 2.3 [1.6 - 3.4]; $p < 0.0001$) and more than two previous hospitalizations (OR = 3.3 [2.3 - 4.8]; $p < 0.0001$), the presence of undernutrition on admission (OR = 3.8 [2.6 - 5.6]; $p < 0.0001$), and in the event of late treatment (OR = 5.9 [3.9 - 8.8]; $p < 0.0001$). **Conclusion** The death of a child aged one to 59 months in Brazzaville linked to events that have marked the child's life since conception. Identifying vulnerable mothers from conception would guarantee them targeted socio-anthropological care and specialized prenatal contacts.

Keys words: Mortality; itinerary; anthropology; child; Congo.

INTRODUCTION

La mortalité infanto-juvénile constitue un problème majeur de santé publique notamment dans les pays en développement [1]. En effet, malgré les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du millénaire (OMD), notamment l'OMD 4, de nombreux pays comme le Congo n'ont pas pu atteindre cet objectif. Ainsi, depuis 2015, sont intervenus les objectifs pour le développement durable (ODD) notamment l'ODD3 visant à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 25 décès pour 1000 naissances vivantes au plus et assurer une couverture sanitaire universelle [2, 3]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la probabilité pour un enfant de mourir avant l'âge de cinq ans est 16 fois plus élevée dans les pays en développement que dans les pays industrialisés [4]. Les causes de cette mortalité sont bien connues et largement documentées. Ainsi, plus de 70% de décès dans ces pays sont dus aux affections qui peuvent être pour la plupart évitées ou traitées, notamment, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, le paludisme grave, la rougeole, la dénutrition, toutes contenues dans la stratégie de l'OMS relative à la

prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) [5]. L'approche de solution pour y remédier serait donc de lutter contre ces différentes pathologies notamment en renforçant les capacités humaines et matérielles des centres de santé. Or dans la plupart des cas, les perturbations de l'état de santé physique et psychologique de ces enfants remontent avant ou depuis la conception. D'où l'intérêt d'étudier l'itinéraire des enfants de moins de cinq ans décédés, en vue d'établir la relation entre le décès et certains événements socio-psychologiques et médicaux depuis la conception.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude multicentrique, à recueil prospectif qui s'est déroulée du 1^{er} août 2017 au 31 mars 2018. Elle a été réalisée à Brazzaville, au CHU, à l'hôpital de référence de Talangaï et l'hôpital de base de Makélékélé. Le CHU de Brazzaville constitue le sommet de la pyramide des structures sanitaires du Congo, les services retenus étaient ceux de pédiatrie nourrissons (qui reçoit les enfants de un mois à cinq ans), et de soins intensifs pédiatriques, (qui reçoit les enfants de tout âge en détresse vitale). L'hôpital de référence de Talangaï et

l'hôpital de base de Makélékélé (principaux hôpitaux de deuxième niveau de Brazzaville) comprennent chacun un service de pédiatrie, lequel reçoit les enfants de tout âge (provenant majoritairement du nord de la ville pour l'un et du sud pour l'autre). L'étude a concerné tous les enfants de un mois à cinq ans hospitalisés dans les différents hôpitaux retenus pour cette enquête. Les nouveau-nés ont été écartés en raison des spécificités de la morbi-mortalité dans cette tranche d'âge. Les enfants décédés (cas) ont été comparés à deux enfants non décédés, de même âge, immédiatement admis après celui qui était décédé (groupe contrôle). Pour chaque enfant, nous avons recueilli à partir d'une fiche d'enquête établie à cet effet, les variables sociodémographiques, le parcours depuis la conception. Le consentement écrit de la mère constituait un préalable pour être inclus ; et l'étude a eu l'approbation de la cellule de recherche du décanat de la faculté des sciences de la santé de l'université Marien Ngouabi. Le niveau socioéconomique de la famille était élevé lorsque les ressources provenaient de l'activité d'un cadre supérieur, d'un commerçant, ou de deux cadres moyens, moyen lorsque les ressources provenaient de l'activité d'un agent du secteur informel, et bas lorsque les ressources provenaient des ouvriers ou en l'absence de revenu [6]. Le décès était jugé précoce lorsqu'il survenait dans les 48 heures suivant l'admission et très précoce dans les six heures. Le délai d'admission était court lorsque l'enfant était admis à l'hôpital dans les 48 heures qui suivait le début de la maladie et tardif au-delà. Le délai d'administration des soins après admission était jugé normal lorsque les soins étaient administrés à l'enfant moins d'une heure après admission en hospitalisation. Le traitement des données a été fait avec le logiciel SPSS version 20.0.

Les variables sociodémographiques et celles liées au parcours des enfants décédés ont fait l'objet d'une étude descriptive. Ensuite, une étude entre les variables sociodémographiques et le parcours des enfants décédés et celles des enfants non décédés a été faite et a permis d'identifier les facteurs de risque de survenue de décès à partir des Odd ratio. La comparaison des proportions a été faite à l'aide du test de khi carré de Pearson. Le seuil de significativité

était fixé à 5%. Afin d'identifier les facteurs de confusion, un ajustement par régression logistique a été réalisé avec un seuil de significativité de $p\text{-value} < 0,02$.

RESULTATS

Au total, 1402 enfants de un mois à cinq ans ont été admis en hospitalisation au cours de la période d'étude. Parmi eux, 176 étaient décédés soit 12,6% des cas.

Données sociodémographiques des enfants décédés

Les enfants décédés étaient des garçons dans 90 cas (51,2%) déterminant une sex-ratio de 1,04. L'âge moyen était de $22,5 \pm 15,9$ mois ; il était inférieur à six mois dans 22 cas (12,5%), compris entre six et 24 mois dans 100 cas (56,8%). La famille des enfants décédés était de niveau socioéconomique bas dans 94 cas (53,4%), moyen dans 76 cas (43,1%). Il s'agissait d'un foyer monoparental dans 78 cas (44,3%). La taille de la fratrie était de un à deux enfants dans 62 cas (35,2%), de trois à quatre enfants dans 73 cas (41,5%). L'enfant décédé était le premier né de la fratrie dans 44 cas (25%), ou se situait entre le 2^e et le 4^e rang dans 91 cas (51,7%). Les parents n'avaient aucun niveau d'instruction dans 1,7% pour le père et 0,6% pour la mère ; et le niveau était du primaire respectivement dans 26,7% et 44,3%, du secondaire respectivement dans 60,2% et 50,5%, et du supérieur respectivement dans 11,4% et 4,5%.

Parcours de la grossesse dont étaient issus les enfants décédés

Les enfants décédés étaient issus d'une grossesse non désirée dans 94 cas (53,4%) ; celle-ci avait fait l'objet d'une tentative d'avortement dans 56 cas (31,8%), et n'était pas suivie dans 73 cas (41,5%). L'enfant décédé était issu d'un accouchement eutocique dans 125 cas (71%). Le poids à la naissance était inférieur à 2500g dans 93 cas (52,8%).

Evènements médicaux des enfants décédés

Les enfants décédés avaient un calendrier vaccinal à jour dans 93 cas (52,8%). Ils présentaient tous des antécédents d'hospitalisation, une fois dans 21,9%, deux fois dans 36,7%, et plus

de deux fois dans 41,4%. Concernant l'hospitalisation actuelle, les enfants décédés provenaient du domicile dans 131 cas (74,4%). Le délai d'admission à l'hôpital était inférieur à 24h dans 28 cas (16%), compris entre 24h et 72h,

22 cas (12,5%), et supérieur à 72h, 126 cas (71,5%). Les causes de décès étaient dominées par le paludisme grave, les gastroentérites et les infections respiratoires aiguës (tableau I).

Tableau I : causes de décès des enfants

Causes de décès	n	%
Paludisme	71	40
- <i>Formes neurologiques (1)</i>	16	
- <i>Formes anémiques (2)</i>	18	
- <i>(1) + (2)</i>	37	
Gastroentérite	28	16
Infections respiratoires aiguës	25	14
- <i>Bronchiolite</i>	8	
- <i>Bronchopneumopathie</i>	9	
- <i>Bronchite</i>	4	
- <i>Pleuropneumopathie</i>	4	
Infection urinaire	11	6
Dénutrition	10	6
Méningite	5	3
Infection à VIH	5	3
Drépanocytose	5	3
Autres*	21	12

Autres : intoxication (4), accident voie publique (4), cardiopathie congénitale (4), noyade (3), tuberculose (1).

A l'admission, une dénutrition était retrouvée dans 128 cas (72,7%) et une pâleur sévère dans 135 cas (76,7%). La prise en charge avait été faite immédiatement dans 75 cas (42,6%), dans l'heure qui suivait dans 30 (17,1%). Le décès survenait moins de six heures suivant l'admission de l'enfant à l'hôpital dans 54 cas (30,6%), entre six et 24 heures dans 44 cas (25%), entre 24 et 48 heures dans neuf cas (5,1%).

Facteurs de risque de survenue de décès

Les facteurs associés étaient le bas niveau socioéconomique (OR= 4,4 [2,9 – 6,5] ; $p < 0,0001$), la monoparentalité du foyer (OR= 3,4 [2,3 – 5,1] ; $p < 0,0001$), le bas niveau d'instruction des parents (OR= 2,3 [1,5 – 3,6] ; $p < 0,001$), la grossesse non désirée (OR= 4,4 [3,0 – 6,5] ; $p < 0,0001$), la tentative d'avortement (OR= 25,4 [13,2 – 48,9] ; $p < 0,0001$), la grossesse non suivie (OR= 13,1 [8,4 – 20,4] ; $p < 0,0001$), l'accouchement dystocique (OR= 4,9 [2,9 – 8,2] ; $p < 0,0001$), le faible poids de naissance (OR= 2,6 [1,8 – 3,8] ; $p < 0,0001$), le calendrier vaccinal non à jour (OR= 2,3 [1,6 – 3,4] ; $p < 0,0001$), plus de deux hospitalisations antérieures (OR= 3,3 [2,3 – 4,8] ; $p < 0,0001$), la dénutrition à l'admission (OR= 3,8 [2,6 – 5,6] ; $p < 0,0001$), et la prise en charge tardive (OR= 5,9 [3,9 – 8,8] ; $p < 0,0001$). Dans tous les cas, cette influence se maintenait après ajustement par les facteurs dont le seuil de significativité était inférieur à 0,02 (tableau III).

Tableau II : étude des facteurs de risque de survenue de décès

Facteurs étudiés	Enfants décédés	Enfants non décédés	OR [IC]	p
Sexe masculin	90	202	0,8 [0,5 – 1,2]	< 0,1
Age ≤ 24 mois	122	231	1,2 [0,8 – 1,8]	< 0,1
Niveau socioéconomique bas	94	72	4,4 [2,9 – 6,5]	< 0,0001
Foyer monoparental	78	67	3,4 [2,3 – 5,1]	< 0,0001
Taille de la fratrie ≤ 2	62		1,3 [0,9 – 1,9]	< 0,1
Premier né de la fratrie	44	105	0,8 [0,5 – 1,2]	< 0,1
Niveau d'instruction du père ≤ Primaire	50	52	2,3 [1,5 – 3,6]	< 0,001
Niveau d'instruction de la mère ≤ Primaire	79	94	2,2 [1,6 – 3,4]	< 0,001
Grossesse non désirée	94	72	4,4 [3,0 – 6,5]	< 0,0001
Tentative d'avortement	56	12	25,4 [13,2 – 48,9]	< 0,0001
Grossesse non suivie	73	40	13,1 [8,4 – 20,4]	< 0,0001
Accouchement dystocique	51	27	4,9 [2,9 – 8,2]	< 0,0001
Poids de naissance < 2500g	93	106	2,6 [1,8 – 3,8]	< 0,0001
Calendrier vaccinal non à jour	83	99	2,3 [1,6 – 3,4]	< 0,0001
Hospitalisation antérieure > 2	117	145	3,3 [2,3 – 4,8]	< 0,0001
Provenance du domicile	131	185	2,6 [1,7 – 3,9]	< 0,0001
Délai d'admission ≤ 72h	50	59	2,0 [1,3 – 3,1]	< 0,01
Dénutrition à l'admission	128	144	3,8 [2,6 – 5,6]	< 0,0001
Prise en charge non immédiate à l'admission	101	65	5,9 [3,9 – 8,8]	< 0,0001

Tableau III : étude multivariée des facteurs de risque de survenue de décès à p < 0,02

Facteurs étudiés	Enfants décédés	Enfants non décédés	OR [IC]	OR* [IC]	p
Niveau socioéconomique bas	94	72	4,4 [2,9 – 6,5]	3,9 [2,3 – 6,1]	< 0,0001
Foyer monoparental	78	67	3,4 [2,3 – 5,1]	2,9 [1,8 – 4,7]	< 0,0001
Niveau d'instruction du père ≤ primaire	50	52	2,3 [1,5 – 3,6]	1,9 [1,4 – 3,2]	< 0,001
Niveau d'instruction de la mère ≤ primaire	79	94	2,2 [1,6 – 3,4]	1,9 [1,4 – 3,1]	< 0,001
Grossesse non désirée	94	72	4,4 [3,0 – 6,5]	3,8 [2,8 – 6,1]	< 0,0001
Tentative d'avortement	56	12	25,4 [13,2 – 48,9]	22,1 [11,5 – 37,4]	< 0,0001
Grossesse non suivie	73	40	13,1 [8,4 – 20,4]	12,3 [7,5 – 18,2]	< 0,0001
Accouchement dystocique	51	27	4,9 [2,9 – 8,2]	4,2 [2,4 – 7,4]	< 0,0001
Poids de naissance < 2500g	93	106	2,6 [1,8 – 3,8]	2,3 [1,6 – 3,3]	< 0,0001
Calendrier vaccinal non à jour	83	99	2,3 [1,6 – 3,4]	1,9 [1,2 – 3,1]	< 0,0001
Hospitalisation antérieure > 2	117	145	3,3 [2,3 – 4,8]	2,8 [1,9 – 4,2]	< 0,0001
Provenance du domicile	131	185	2,6 [1,7 – 3,9]	2,2 [1,5 – 3,3]	< 0,0001
Dénutrition à l'admission	128	144	3,8 [2,6 – 5,6]	3,3 [2,2 – 5,2]	< 0,0001
Prise en charge non immédiate à l'admission	101	65	5,9 [3,9 – 8,8]	5,3 [3,3 – 8,1]	< 0,0001

OR* : Odd ratio ajusté

DISCUSSION

Il s'agit d'une étude multicentrique, intéressant les grands hôpitaux de Brazzaville. Ce qui réduit les biais liés aux études mono-centriques. Toutefois, dans l'optique d'extrapoler les résultats obtenus au niveau national, l'idéal

aurait été d'intéresser tous les douze départements du pays. En effet, l'approche anthropologique de la maladie change d'une ethnie à une autre (la pratique de médecine alternative étant plus élevée dans certaines ethnies que dans d'autres), mais aussi selon les réalités naturelles d'une circonscription socio-sanitaire

(éloignement des structures de santé [7]. La mortalité infanto-juvénile constitue un indicateur du niveau de développement d'un pays. En effet, à elle seule, elle couvre les deux tiers de taux de mortalité globale [1]. C'est donc à juste titre qu'une attention particulière lui est réservée aux travers de nombreuses stratégies édictées par l'OMS, comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le programme de la réduction de la transmission mère enfant du VIH, le programme élargi de vaccination. Au total, 12,6% d'enfants de un à 59 mois hospitalisés étaient décédés. Cette fréquence est élevée au regard de celle rapportée au niveau national [8]. Et pourtant, elle est certainement sous-estimée puisqu'on n'y a pas adjoint les décès extrahospitaliers qui représentent 3,7% des admissions au CHU de Brazzaville [9]. Ces résultats devraient interpeller les décideurs politiques et sanitaires lorsqu'on sait que les différentes stratégies de lutte contre la mortalité infanto-juvénile ont été mises en place et vulgarisées au Congo [10]. L'amélioration globale du niveau de vie des populations serait ainsi le meilleur gage de la réduction de cette mortalité. L'étude du parcours de la grossesse dont étaient issus les enfants décédés a permis de noter plusieurs facteurs rendant péjorative la suite de la grossesse et partant, la survie de l'enfant. En effet, il apparaît que le décès survenait plus chez les enfants issus d'une grossesse non désirée ($p < 0,001$), d'une grossesse non suivie ($p < 0,0001$), et celle ayant fait l'objet d'une tentative d'avortement ($p < 0,0001$). Les grossesses non désirées représentent une éventualité assez fréquente dans nos pays [11].

Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer, notamment le bas niveau socioéconomique exposant au commerce du sexe, et certaines pratiques comme le multipartenariat, le faible taux d'utilisation de préservatifs [12, 13]. Ceci explique certainement le taux relativement élevé de tentative d'avortement rapporté dans cette étude lorsqu'on sait que, la culture religieuse, fortement ancrée au Congo, est à l'opposée de ces pratiques [14]. L'influence du poids de naissance dans la survenue du décès avant le 5^e anniversaire a été rapportée dans plusieurs études [15, 16]. Tout se passe comme si, à l'image de l'empreinte métabolique décrite

dans certaines maladies de l'adulte qui trouvent leur origine au cours des 1000 premiers jours depuis la conception [17 - 18], certains événements socio-psychologiques et médicaux survenus depuis la conception jusqu'au décès participent d'une « programmation » du décès principalement au cours des cinq premières années de vie. L'identification de ces futures mères pendant les contacts prénataux s'impose en vue des actions psychosociales ciblées permettant de mieux les préparer à accueillir, donc de mieux prendre en charge ces enfants « non désirés ». Après la naissance, certains facteurs s'inscrivent également dans la même tendance. Il s'agit notamment de la couverture vaccinale incomplète et des fréquentes hospitalisations retrouvés plus chez les enfants décédés ($p < 0,0001$). Une empreinte psychologique depuis la conception pourrait être évoquée. En effet, il est logique, pour une mère, que le suivi d'un enfant « attendu » paraisse moins astreignant que celui d'un autre issu d'une grossesse non désirée ou qui a fait l'objet d'une tentative d'avortement. Le bas niveau socioéconomique de la famille, le bas niveau d'instruction des parents et la structure monoparentale prédominante du foyer dont étaient majoritairement issus les enfants décédés contribuaient à aggraver « l'empreinte psychologique ». D'ailleurs, ces enfants provenaient majoritairement du domicile ($p < 0,0001$) lors de l'hospitalisation ayant abouti au décès, mais dans 71,5% des cas, au-delà du troisième jour après le début de la maladie. Ceci pourrait être lié au faible pouvoir d'achat mais également et surtout dans la logique de l'enfant renié depuis la conception, à en juger par la prédominance de la dénutrition ($p < 0,0001$) observée chez ces mêmes enfants. Le décès survenait précocement après l'admission. Ceci est une chose fréquente en Afrique, mais pris dans le contexte du déni de l'enfant depuis la conception, l'on peut penser à une forme d'euthanasie [9]. Au regard de l'état de dénutrition que présentaient ces enfants à l'admission, il est inconcevable que la majorité de ces enfants arrivent au-delà du troisième jour à l'hôpital. Ainsi, la résolution de la problématique de la mortalité infanto-juvénile devrait s'inscrire dans une approche plus globale intégrant le volet psychosociologique, anthropologique, socioéconomique et médical.

CONCLUSION

Le décès d'un enfant de un à 59 mois dans les pays en développement, notamment dans les hôpitaux de Brazzaville, est lié aux événements ayant jalonné la vie de l'enfant depuis la conception. La stratégie de réduction de cette mortalité engloberait certes l'amélioration du pouvoir d'achat l'identification des futures mères vulnérables depuis la conception en vue d'une prise en charge dans des espaces socio-anthropologiques spécialisés et des contacts prénataux orientés.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé .Statistiques sanitaires mondiales 2016.
2. Objectifs pour le Développement Durable des NU. Promouvoir à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/OMS>.
3. Objectifs de Développement Durable (ODD). La santé et le bien être : objectif 3 de développement durable.2015. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
4. Organisation mondiale de la santé. Enfants : réduire la mortalité. Aide-mémoire n°178 OMS ; 2017.
5. Organisation mondiale de la Santé. Situation sanitaire : Mortalité, Statistiques sanitaires mondiales 2013. www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/fr/
6. Gayral Taminh M, Arnaud C, Parant O, Fournié A, Rème JM, Grandjean H. Grossesses et accouchements des femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité de Toulouse. J Gynécol Obstétr Biol Reprod 1999; 28: 462–71.
7. Kane H. Anthropologie de la santé infantile en Mauritanie. Taïre et soigner. L'Harmattan (Paris) 2018. P267.
8. MSP-Congo. Observatoire national des décès maternels, néonataux, infantiles et infanto-juvéniles au Congo. Rapport 2017, Brazzaville 2017.
9. Mabiala-Babela JR, Senga P. Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville, Congo. Med Trop 2009; 69 : 281-285.
10. Ministère de la Santé, des Affaires Sociales et de la famille-République du Congo. Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.
11. Iloki LH, Zakouloulou Massala A, G'bala Sapoulou MV. Complications des avortements clandestins : à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). Med Afr Noire 1997 ; 4 : 262 – 4.
12. Lee LM, Thacker SB. Public health surveillance and knowing about health in the context of growing sources of health data. Am J Prev Med 2011; 41 (6):636-40.
13. Mabiala Babela JR, Massamba A, Bantimba T, Senga P. La sexualité de l'adolescent à Brazzaville, Congo. J Gynécol Obst Biol Reprod 2007 ; 37 :510-515.
14. Kouvouama A. Recherches philosophiques sur l'essence des coutumes des populations bantoues d'Afrique centrale. Éditions Vrin 2008, Paris, 207p.
15. Mabiala Babela JR, Ollandzobo Ikobo L, Nika E, Missambou Mandilou SV, Ntadi-Loupemo RCE. Devenir du petit poids de naissance à Brazzaville. J Pédiatr Puer 2017 ; 30 : 141-9.
16. Liu L, Johnson H L, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet 2012 ; 379 (9832) : 2151- 61.
17. Barker DJP, Godfrey KM, Gluckman PD, Harding JE, Owens JA, Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. Lancet 1993; 341: 938–41.
18. Lucas A. Role of nutritional programming in determining adult morbidity. Arch Dis Child 1994; 71: 288–90.
19. Simeoni U, Bocquet A, Briend A, Chou-raqui JP, Darmaun D, Dupont C, et al. Origines précoces de la maladie adulte. Arch Pédiatr 2016; 23: 443 – 6.