

PROFIL DE LA MÈRE ET LA MORTALITÉ NÉONATALE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KATIOLA (CÔTE D'IVOIRE)

BLE Veh Romaric

*Doctorant/LABORADDYS, Département de Géographie,
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire),
bleromarc@yahoo.com*

ZAH BI Tozan

*LABORADDYS, Maître de conférences au Département de géographie,
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire), Courriel :
tbozane@hotmail.com*

KOFFI Brou Emile

*Labo VST, Professeur Titulaire, Université
Alassane Ouattara, Bouaké
Koffi_brou@yahoo.fr*

Résumé

Au cours des dernières décennies, les taux de mortalité néonatale ont diminué rapidement dans les pays développés. Les taux observés en Côte d'Ivoire comptent parmi les plus intermédiaires du monde. Pourtant, on constate d'importantes variations de la mortalité néonatale selon le profil de la mère. Le niveau de décès a faiblement baissé dans le district sanitaire de Katiola, passant de 132‰ à 93‰ entre 2015 et 2019. L'objectif de cette étude est de décrire le lien entre le profil de la mère et la mortalité néonatale. Elle permet de montrer la nécessité d'un profil social élevé de la mère et le décès des enfants. Ainsi, ce travail répond à la question « dans quelle mesure le profil de la mère influence-t-il la mortalité néonatale ? ». Ce travail à partir des données d'enquête et des dossiers médicaux présente d'une part le profil des mères statistiquement associé à la mortalité néonatale dans le district de santé. Il s'agissait de l'âge maternel (20-34ans) ; sans instruction ; le milieu urbain ; le célibataire ; la parité ; le secteur informel. D'autre part, les inégalités spatiales de la mortalité néonatale à l'échelle du district de sanitaire. Dans la perspective de mettre en évidence la mortalité, une régression logistique a été effectuée. Au seuil de significativité de 5%, les tests d'association ont été réalisés à l'aide du test de kbi carré.

Mots clés : *Katiola, la mortalité néonatale, district sanitaire, inégalité spatiale.*

Abstract

In recent decades, neonatal mortality rates have declined rapidly in developed countries. The rates observed in Côte d'Ivoire are among the most intermediate in the world. However, there are significant variations in neonatal mortality depending on the profile of the mother. The mortality rate decreased slightly in the Katiola health district, going from 132 93 to 93 ‰ between 2015 and 2019. The objective of this study is to describe the link between the profile of the mother and neonatal mortality. It

shows the need for a high social profile of the mother and the death of the children. Thus, this work answers the question "to what extent does the mother's profile influence neonatal mortality?". This work, based on survey data and medical records, presents part of the profile of mothers statistically associated with neonatal mortality in the health district. It was maternal age (20-34 years); uneducated; the urban environment; the single person; parity; the informal sector. In contrast, spatial inequalities in neonatal mortality at the health district level. In order to highlight mortality, a logistic regression was carried out. At the 5% significance level, association tests were performed using the chi-square test.

Keywords: *Katiola, neonatal mortality, health district, spatial inequality*

Introduction

Au cours des dernières décennies, les taux de mortalité néonatale ont diminué rapidement à l'échelle mondiale (C. JIAJIAN et *al.*, 1998, p.57). Ce progrès global couvre certaines disparités entre les pays. Comparativement aux pays développés, jusqu'à une période récente, un enfant Angolais avait 53 fois plus de risque de décéder et celui du Cameroun courait 18 fois plus de risque de décéder avant l'âge de cinq ans qu'un enfant français UNICEF (2012, p. 53). Chaque année, environ quatre millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dont le tiers survient au cours du premier mois (M. KINNEY et *al.*, 2010, p. 187). Les niveaux de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socioéconomiques et culturelles qui prévalent dans une population donnée L. BAKAYOKO (2008, p.7). Aujourd'hui, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans constitue un indicateur de mesure tant pour le système de santé que pour le niveau de développement d'un pays N.P. ISSAROU (2012, p.14). C'est dans ce but que s'inscrivent les Objectifs du Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, particulièrement l'objectif 3 qui concerne la réduction des décès. De nos jours, les principales causes de décès des nouveau-nés sont la prématurité, les IRA, le paludisme, les infections néonatales, le manque d'oxygène. En effet, ces causes représentent 80% des décès dans ce groupe d'âge (OMS, 2012, p. 45). En Côte d'Ivoire, les orientations stratégiques de la nouvelle politique nationale de Santé, ainsi que les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique du moment y compris l'analyse causale des principaux goulots d'étranglement du système de santé se fondent sur les ODD. En 2017, dans l'atteinte de ces objectifs, les autorités ont mis sur pied une politique d'amélioration de la qualité

des soins et des services de santé à travers le PNDS 2016-2020. Il se traduisait par l'accroissement de l'offre des services de santé à travers une meilleure accessibilité aux structures sanitaires dans le pays (MSHP, 2016, p.39). Toutes ces impulsions à l'échelle nationale visent de façon pragmatique à améliorer l'état de santé de la population en générale et celle du couple mère-enfant en particulier. Ainsi, le taux de la mortalité néonatale indique 33‰ (MICS 5, 2016, p.24). Le district sanitaire de Katiola, à l'instar des autres districts du pays n'est pas en marge de ce phénomène. La mortalité néonatale reste importante, soit 160‰ (DSH, 2019, p. 17)

Partant de ce constat, il se dégage la question de savoir : quel est le lien entre le profil de la mère et la mortalité néonatale et pourquoi ce phénomène influence-t-il le décès chez les nouveau-nés ? Cette étude vise à montrer les associations entre le profil de la mère et la mortalité néonatale dans le district sanitaire de Katiola.

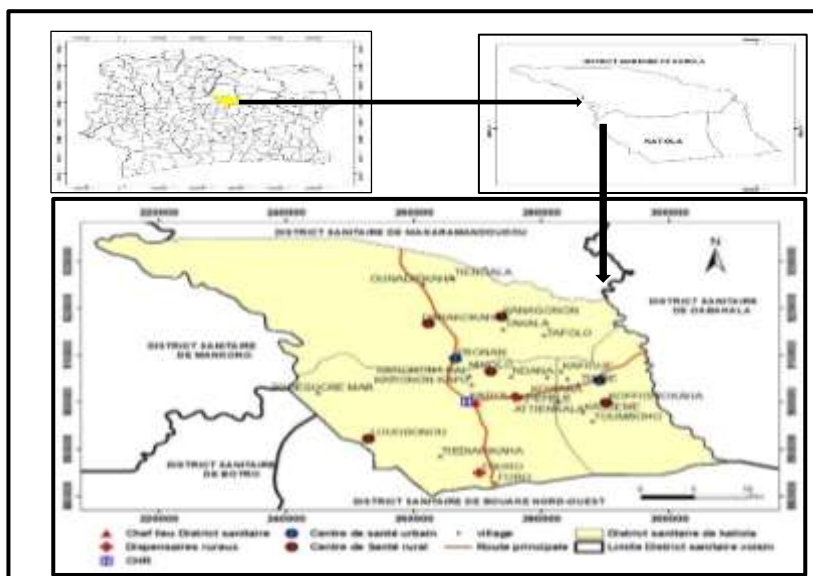
1. Matériels et méthodes

1.1 Présentation de la zone d'étude

Le district sanitaire de Katiola est l'un des trois districts qui compte actuellement la région sanitaire du Hambol. Il est fonctionnel depuis 1997 et est distant de 410 km de la capitale économique (Abidjan) et de 160 km de la capitale politique (Yamoussoukro). Cette zone géographique est délimitée au Nord par le district sanitaire de Niakaramandougou, à l'Est par celui de Dabakala, au Sud par le district de Bouaké Nord-ouest et à l'Ouest par les districts de Mankono et Botro (Carte 1). La population du district sanitaire de Katiola est de 121 255 habitants dont 4 524 enfants âgés de 0 à 1 mois (INS de Côte d'Ivoire, 2014, p. 8). Le district sanitaire de Katiola compte 28 045 femmes en âge de procréer avec 3 987 naissances attendues. Il est bâti sur une superficie de 2730 km² avec la densité de 46 habitants par km² (DDS, 2019, p.5). Les rapports de la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) et celui de la direction départementale ont permis d'avoir des informations sur le système de santé et le recours aux soins de la mère en cas de maladie de l'enfant.

Ce territoire de santé a été morcelé en onze (11) aires sanitaires qui peuvent être regroupées en deux niveaux selon la pyramide sanitaire

ivoirienne. Il s'agit des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) qui constituent la porte d'entrée du système de santé et une structure de référence qui est le Centre Hospitalier Régional (CHR). Les ESPC regroupent deux Dispensaires Ruraux (celles de Touro et Kpefele), deux Centres de Santé Urbains (celui de Timbé et Fronan), cinq Centres de Santé Ruraux (celui de Koffissiokaha, Darakokaha, Nikolo, Kanangonon et Lougbonou). A ces structures sanitaires, il s'ajoute un Service de Santé Scolaire et Universitaire, une Protection Maternelle Infantile deux infirmeries (celle du Lycée et celle de la MAC). En 2019, le taux de fréquentation des ESPC est de 63% contre 71% pour celui du CHR. Selon le district sanitaire de Katiola, les services de santé sont assurés par 13 médecins généralistes, 03 pharmaciens, 01 gynécologue et 03 chirurgiens. Aux côtés d'eux, exercent 74 infirmiers, 38 sages-femmes et 115 aides-soignants. La Carte 1 présente la localisation du district sanitaire de Katiola et de ces structures de santé.



Source : District Sanitaire de Katiola

Réalisation : BLE Romaric, Mars 2020

Carte 1 : Localisation du district sanitaire de Katiola

À l'intérieur de cet espace géographique, l'enquête fut effectuée en zone urbaine et en zone rurale, dans un rayon de 5 kilomètres autour du centre de santé pivot. Ce rayonnage représente l'aire d'influence centre de santé en Côte d'Ivoire (RASS,2016, p. 60). Ces localités ont été choisies par le moyen de critères (ayant un centre de santé urbain ou rural). En définitif, le tableau n°1 présente les zones d'enquête et leur centre de santé pivot afférents.

Tableau I : Les sites enquêtés

Zone d'enquête	Centre de Santé pivot
Katiola	Centre Hospitalier Régional de Katiola
	Centre de Santé Rural de Lougbonou
Fronan	Centre de Santé Urbain de Fronan
	Centre de Santé Rural de Kanangonon
Timbé	Centre de Santé Urbain de Timbé
	Centre de Santé Rural de Koffissiokaha

Source : Direction Départemental de santé de Katiola, 2019 ; Enquête personnelle, 2020

1.2 Méthode de collecte de données

La réalisation ce travail repose en amont, sur la recherche documentaire dont le but est la bonne appréhension de notre objet d'étude. Ainsi, des œuvres scientifiques comptant des thèses de même que des rapports d'institutions liées au domaine de la santé infantile et publique furent consultés tant en ligne qu'en bibliothèques. Relativement à l'acquisition des données sur le profil des mères et le taux de décès des enfants de moins de 1 mois, la principale source d'information demeure l'enquête de terrain. L'enquête de terrain qui s'est effectuée de Novembre à Mars 2020, se résume à l'entretien et la consultation des registres des enfants. Les entretiens effectués avaient pour objectif la détermination du profil des mères et les manques qu'enregistrent les établissements de soins. Ce sont le personnel du district, le directeur du centre hospitalier régional de Katiola, les médecins et les sages-femmes puis les tenants des structures rurales. Outre ces techniques de collecte de données, la consultation des dossiers médicaux a été nécessaire afin de déterminer le taux de la

mortalité néonatale sur le plan quantitatif et qualitatif. La population selon le RGPH du district sanitaire de Katiola est 106 905 habitants (INS, 2014, p. 7). La détermination de la taille de l'échantillon pour l'enquête de terrain s'appuie sur la formule de Fisher. Partant de l'hypothèse que 50% des enfants décédés ont recours à un Centre de Santé, la formule ci-dessous fut utilisée.

$$\text{Nous avons : } n = \frac{t^2 * p(1-p)}{e^2}$$

P : proportion des enfants décédés

t : Le niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

e : Marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

n : La taille de l'échantillon.

Après application de la formule, on obtient comme taille brute de l'échantillon représentatif 266 ménages qui est extrapolée à 300. L'enquête avait pris en compte tout ménage possédant au moins un enfant âgé de 0 à 1 mois, puis exclut les ménages sans enfants âgés de moins 1mois. Le tableau n°2 montre la répartition des enquêtés par zone d'étude.

Tableau II : Répartition spatiale de l'échantillon

Zone d'enquête	Centre de Santé pivot	Echantillon Représentatif	Total
Katiola	Centre Hospitalier Régional de Katiola	50	100
	Centre de Santé Rural de Lougbonou	50	
Fronan	Centre de Santé Urbain de Fronan	50	100
	Centre de Santé Rural de Kanangonon	50	
Timbé	Centre de Santé Urbain de Timbé	50	100
	Centre de Santé Rural de Koffissiokaha	50	
	Total		

Source : INS, 2014 ; Enquête personnelle, Novembre à Mars 2020.

1.3 Méthode d'analyse de données

Les données ont été saisies grâce à un questionnaire élaboré avec le logiciel Sphinx. L'analyse de la base de données a fait appel au logiciel SPSS 18.0. Les graphiques et tableaux ont été confectionnés à l'aide d'Excel 2016. Ces données furent ensuite importées dans le logiciel de cartographie Arc Gis 10.2 pour réaliser des cartes thématiques. Cette

analyse a porté sur les caractéristiques des mères et de leurs enfants. Les variables qualitatives étaient décrites par leurs effectifs et leurs taux. Le test de Khi-deux de Pearson a été utilisé au seuil de signification de 5% pour la comparaison des proportions. Cette méthode permet d'examiner l'existence ou non de relations entre les variables indépendantes et le risque de décès des enfants, mais surtout de voir les variations des niveaux de mortalité selon les modalités de chaque variable prise en compte dans cette étude. Dans l'objectif de déterminer les facteurs associés au décès néonatal, une régression logistique a été également réalisée. Considérations éthiques : L'étude a été faite dans le strict respect du secret médical en évitant de faire apparaître les identifiants des mères et des enfants dans les différents supports de collecte.

2. Résultats

2.1 Analyse du profil des mères et des enfants

2.1.1 Une importante représentation des caractéristiques maternelles dans l'échantillon

Au cours de la période d'enquête, le district sanitaire de Katiola a enregistré 300 accouchements avec 48 décès néonataux soit 160‰ des naissances vivantes. Le taux de mortalité néonatale varie selon les différents aspects du profil de la mère. Le tableau III présente les taux de mortalités néonatales selon les caractéristiques des mères.

L'instruction se décline en trois tendances, il s'agit d'aucun niveau, primaire, secondaire et plus. Ainsi, les mères sans instruction ont 231‰ d'enfants décédés. Celles ayant été scolarisées ont vu leurs enfants mourir dans 135‰ pour le niveau primaire et 33‰ pour le secondaire et plus. Les sans occupations sont les plus nombreux soit 315‰ de décès d'enfant, suivi de 99‰ pour le secteur informel. On remarque que la mortalité néonatale est plus importante dans le milieu rural que dans le milieu urbain, soit 201‰ contre 124‰ (Tableau III). Les mères dont l'âge est inférieur à 20 ans ont enregistré plus de décès d'enfant soit 360‰ contre 76‰ pour celles qui ont un âge compris entre 20 - 34 ans, suivi de 71‰ de la catégorie 35 ans et plus. Les enfants nés de mères célibataires ont un fort taux de mortalité néonatale (182‰)

comparativement à ceux nés de mères divorcées (106%). Le célibat demeure le statut matrimonial le mieux représenté, suivi par le divorce. La parité moyenne était de 3 enfants. Les résultats statistiques ont révélé que la mortalité néonatale (MNN) était plus élevée dans les catégories pauci pares et primipares avec un taux de 169‰ et 170‰. Quant aux enfants nés de mères multipares, ils représentent 69%. Les enfants nés de mères qui n'ont pas été vaccinés courent plus le risque de décéder (256‰) contre (230‰) pour ceux qui sont partiellement vaccinés.

Tableau III : Caractéristiques maternelles selon les variables explicatives

VARIABLES	Etat de survit de l'enfant			Probabilité de khi ²
	Effectif	Décédé	Proportion en (‰)	
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	147	34	231	9,488
Primaire	93	13	135	
Secondaire et Plus	60	2	33	
Occupation de la mère				
Aucun	89	28	315	9,488
Secteur informel	192	19	99	
Secteur formel	19	1	53	
Milieu de résidence				
Urbain	161	20	124	3,841
Rural	139	28	201	
Âge de la mère à la naissance				
<20 ans	89	32	360	9,488
20-34ans	197	15	76	
35 ans et plus	14	1	71	
Statut matrimonial de la mère				
Célibataire	225	41	182	3,841
Mariée	9	0	0	
Divorcée	66	7	106	

Parité				
1	77	13	169	9,488
2	194	33	170	
3	29	2	69	
Statut vaccinal				
Aucun	8	2	250	3,841
Partiellement vacciné	200	46	230	
Totalement vacciné	92	0	0	
Consultation prénatale				
Moins de 4 visites	86	22	256	9,488
4 visites	177	24	136	
>4 visites	37	2	54	
Lieu d'accouchement de la mère				
CHR	200	47	235	3,841
CSU	69	1	14,5	
Autres lieux	31	0	0	
Total	300	48	160	

Source : Enquête personnelle, Novembre à Mars 2020

Les enfants dont les mères ont fait plus de quatre visites prénatales sont moins victimes du phénomène de la mortalité néonatale avec 54% pour ceux qui ont bénéficié de 4 visites, 136% et 256 % pour ceux de moins de 4 visites (Tableau III). Le lieu d'accouchement le plus touché est le Centre Hospitalier Régional soit 235% contre 14,5 dans le Centre de Santé Urbain.

2.1.2 Caractéristiques descriptives néonatales

L'étude des caractéristiques des nouveau-nés décédés a révélé que 60% avaient un poids qui varie entre 1500g-2500g (Tableau IV). Par ailleurs, les nouveau-nés de poids supérieurs à 2500g ont 34% par rapport à ceux de poids inférieurs à 1500g soit 5,7%. La grande majorité des nouveau-nés ont un âge compris entre 8-28jours soit 83%, suivi de 17% de ceux qui ont sept semaines de vie. Les enfants de sexe masculin sont plus à risque de mortalité néonatale, avec une proportion de 54% pour les garçons comparativement au 46% chez les filles. En ce

qui concerne l'âge gestationnel, 96,3% ont un âge normal contre 3,7% qui ont un âge inférieur à 37 semaines. Par ailleurs, le score d'Apgar permet d'évaluer l'état des grandes fonctions vitales à la première minute, puis à 5 et 10 minutes. Les modalités du score d'Apgar sont : 0-5 : Mauvais, 6-7 : Bon, 8-10 : Très bon. Ainsi, les enfants ont en majorité un score d'Apgar bon soit 93,3%. Le mauvais score d'Apgar indique 4,7%, de même, le très bon score d'Apgar représente 5%. Dans l'ensemble, les caractéristiques de la mère et des enfants ont un impact sur la répartition spatiale de la mortalité.

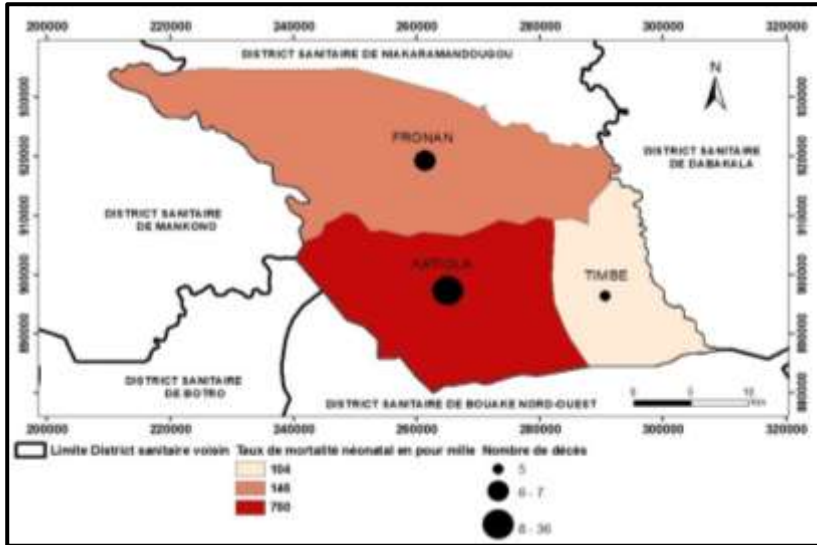
Tableau IV : Répartition de la mortalité néonatale selon les variables explicatives

Caractéristiques néonatales			
Poids à la naissance en gramme	Effectif	Proportion en (%)	Probabilité de khi²
1500	17	6	9,488
1500-2500	181	60	
2500	102	34	
Âge de l'enfant			
0-7 semaines	52	17	3,841
8-28 jours	248	83	
Sexe de l'enfant			
Masculin	161	54	0,083
Féminin	139	46	
Âge gestationnel (semaines)			
<37	11	3,7	3,841
>37	289	96,3	
Score d'Apgar			
0-5	14	4,7	9,488
6-7	271	90,3	
8-10	15	5	

Source : Enquête personnelle, Novembre à Mars 2020

2.1.3 Une répartition spatiale du profil des mères confortant celle de la mortalité néonatale

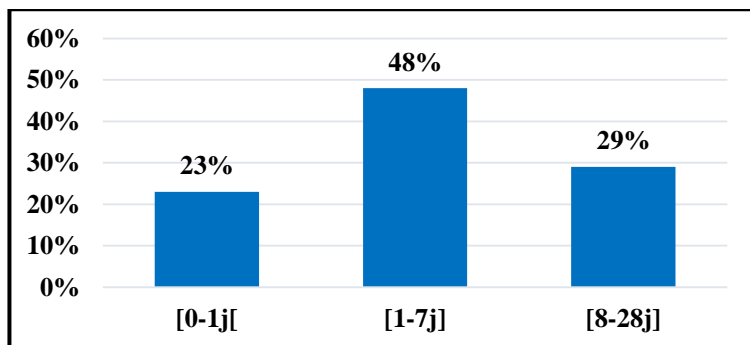
Les fluctuations sont observées dans l'évolution du taux de mortalité néonatale. À l'échelle du district sanitaire de Katiola, on note que le taux de décès néonatal est inégalement réparti. En effet, le CHR de Katiola est le seul centre qui dispose d'équipements sanitaires et les compétences humaines pour accueillir les cas de maladies graves. Cette arrivée d'enfants d'autres sous-préfectures explique 750‰ décès néonataux (Carte 2). Tandis que, le taux de mortalité néonatale représente 104‰ à Timbé contre 146‰ dans la localité de Fronan. Dans la sous-préfecture de Fronan, c'est généralement le recours tardif aux centres de santé avec les enfants qui explique leur décès. Ce recours tardif est lié à pratique des activités agricoles du milieu rural. Pendant la saison des pluies qui correspondent à la période des travaux champêtres, les parents font moins attention à la santé de leurs enfants. Quant à Timbé, la facilité d'évacuation des malades qui explique le faible taux de décès. Cette dernière sous-préfecture est localisée à 15km du district sanitaire de Bouaké Nord-Ouest qui possède un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). La proximité du CHU amène souvent les parents à y accéder avec les enfants malades. La carte 2 montre l'inégale répartition de la mortalité néonatale dans le district sanitaire de Katiola.



Source : District Sanitaire de Katiola **Réalisation** : BLE Romaric, Mars 2020
Carte 2 : Répartition spatiale de la mortalité néonatale en 2019

2.1.4 Période de survenue des décès néonatales

La mortalité néonatale se définit comme étant le décès du nouveau-né de la naissance à 28 jours de vie. Elle est dite précoce lorsqu'elle survient dans la première semaine de vie, tardive quand elle surgit entre 8^e et le 28 jours (A.M. FOLQUET et *al.*, 2007, p. 2). L'analyse de la mortalité néonatale présente des allures différentes selon le moment de la survenue. Cette période est marquée par trois temps. Avec 48%, la majorité des décès sont intervenus au cours de la période néonatale précoce comprise entre 1 et 7 jours inclus. De même, 29% des décès sont ont eu lieu entre 7 et 28 jours. En ce qui concerne le premier jour de naissance, 23% des décès sont intervenus. Ceci pourrait être dû d'une part à la fragilité physiologique des nouveau-nés et d'autre part à la prise en charge tardive causée par le système de référence inefficent. Le graphique 1 présente les taux de décès selon la période de survenue.



Source : Enquête personnelle, Novembre à Mars 2020

Graphique 1 : Répartition de la mortalité néonatale selon de la période de survenue durant l'année 2019

2.2 Profil de la mère associé à la mortalité néonatale

Les variables associées à la mortalité néonatale au seuil $p < 0,05$ à l'analyse univariée ont été incluses dans un modèle de régression logistique pour déterminer les facteurs qui lui sont indépendants. Il ressort de cette analyse que les facteurs de risque maternel statistiquement associés au décès du nouveau-né (Tableau V) sont, l'âge maternel (20-34ans) (OR = 9,48 ; IC 95 % (1,68-6,09) ; sans instruction (OR = 9,48 ; IC 95% (1,67-6,09) ; le milieu urbain (OR = 3,84 ; IC 95% (0,57-1,75) ; le célibat (OR = 3,84 ; IC 95% (0,57-1,75) ; la parité (OR = 3,84 ; IC 95% (0,57-1,75) ; le secteur informel (OR = 9,48 ; IC 95% (1,67-6,09). Le tableau V indique les facteurs déterminants de la mortalité néonatale. Tandis que les autres modalités ne sont pas significativement associées au décès des enfants.

Tableau V : Profil de la mère associé à la mortalité néonatale en 2019

Facteurs de risques	Effectif	Proportion %	OR (IC95%)	P-value
Niveau d'instruction				
Aucun	147	49	9,48(1,67-6,09)	<0,0001
Occupation de la mère				
Secteur informel	192	64	9,48(1,67-6,09)	<0,0001

Milieu de résidence				
Urbain	161	54	3,84(0,57-1,75)	<0,0001
Âge de la mère				
20-34ans	197	66	9,48(1,68-6,09)	<0,0001
Statut matrimonial				
Célibataire	225	75	3,84(0,57 – 1,75)	<0,0001
Statut vaccinal				
Partiellement vacciné	200	67	9,48(1,67-6,09)	<0,0001
Parité				
2	194	65	3,84(0,57-1,75)	<0,0001
CPN				
4 visites	177	59	9,48(4,67-6,09)	<0,001
Lieu d'accouchement				
CHR	200	67	3,84(2,57-0,75)	<0,0001

Source : Enquête personnelle, Novembre à Mars 2020

3. Discussion

Le niveau d'éducation procure à la mère des revenus pour le ménage et par conséquent un bon niveau de vie ayant des répercussions sur l'état de santé du nouveau-né. La population cible montre que les enfants décédés ont leurs mères non scolarisées. Ceci reflète le faible taux de scolarisation de la population féminine. L'impact du manque d'éducation des mères en tant que risque de mortalité néonatale n'est pas seulement spécifique au continent africain. Pour preuve, UNICEF (1998, p. 7) soutient que : « Pour certains experts, c'est à des facteurs tels que la restriction de l'accès des femmes à la santé, à l'éducation et à l'emploi qu'il faut attribuer les taux de décès des enfants que l'on trouve en Asie du Sud ». De plus, parlant du contexte ivoirien, EDS-MICS (2012, p. 43) démontre qu'en Côte d'Ivoire, « près d'une femme sur deux (51 %) et un peu plus d'un homme sur trois (36 %) n'ont aucun niveau d'instruction ». Le revenu d'une l'activité économique de la mère influence la possession d'une série de biens et le recours au service de santé des enfants M. BARBIERI (1991, p. 3). À cet effet, le manque de

ressource financière explique la mortalité néonatale chez les mères n'ayant pas une occupation économique. Cette corrélation entre l'occupation économique et la mortalité est mise en lumière par D.R. ZONG MBA (2011, p. 99) selon lequel les nourrissons décédés ont 1,80 fois de mères inactives. Le milieu rural demeure le foyer d'une mortalité en léthargie tel que constaté dans le district sanitaire de Katiola. Ce constat s'exprime par le fait que les populations urbaines accèdent plus facilement aux soins et les mères sont plus éduquées aux pratiques d'hygiène et à la planification des naissances. Dans cet ordre d'idée, le rapport de MICS-5 (2016, p. 24) confirme que la mortalité néonatale reste élevée dans le milieu rural comparativement dans le milieu urbain. Cette analyse spatiale fait ressortir l'influence de l'âge de la mère sur le facteur de risque associé à la mortalité néonatale. En effet, l'âge maternel moins avancé montre une faible surveillance de la grossesse et donc l'immaturité psychologique des jeunes mères renchérit (R.V. BLE et *al.*, 2019, p. 11).

La situation de célibataire réduit les moyens économiques de la mère. Partant l'enfant née dans cette situation ne semble pas jouir de certains privilèges. Cependant, l'étude de A. FOFANA (2015, p. 54) menée au Burkina Faso a révélé que le statut matrimonial de la mère n'est pas significatif à la mortalité néonatale. Concernant la parité, elle résulte d'un agencement complexe de facteurs d'ordre physiologique et social. L'influence de la parité sur la MN est également mise en lumière par (H. NORIA et *al.*, 2015, p. 3) lorsqu'ils soutiennent que : « la probabilité d'augmentation de la mortalité néonatale avec la parité pourrait être due au fait qu'avec l'agrandissement de la taille de la famille, les ressources des parents restent insuffisantes pour maintenir un bon niveau de nutrition de plus d'enfants, et même la mère pourrait être en état sous-alimenté pendant sa grossesse ». Dans notre étude, la méconnaissance des mères concernant la dangerosité des maladies évitables par la vaccination explique en grande partie le décès des enfants. R. SORO (2014, p. 31) rapporte que 26% de la mortalité des enfants sont liés aux mères qui n'ont effectué aucun vaccin. La consultation prénatale permet un meilleur suivi du fœtus et le met à l'abri de certaines maladies héréditaires. Or dans cette étude, le coût de la CPN ne permet pas un suivi régulier. Généralement, les examens de sang et d'échographie ne sont pas compris dans les frais de la CPN. Ce résultat concorde avec ceux de décès (S.O. YUGBARE et *al.*, 2016, p.

4). Ils soutiennent que la CPN est un déterminant de la mortalité néonatale au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou. Ceci renforce le besoin de sensibilisation des femmes sur l'importance des CPN. En outre, les soins obstétricaux et néonataux essentiels d'urgence (SONEU) et la méthode mère Kangourou validée par l'OMS doivent être vulgarisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour réduire la mortalité du nouveau-né (E.W KANMIKI et *al.*, 2014. p. 4). En outre, le fort taux de mortalité néonatale observé dans le CHR dépend d'une prise en charge initiale insuffisante des problèmes néonataux dans les structures sanitaires périphériques et système de transfert inefficace. Ce qui conduit le recours très tardivement des nouveau-nés dans le CHR.

Conclusion

La mortalité néonatale est encore un problème préoccupant dans le district sanitaire de Katiola en raison de son taux élevé. L'objectif était de montrer le lien entre le profil de la mère et la mortalité néonatale. Il ressort de cette étude que l'âge maternel (20-34ans), sans instruction, le milieu urbain, le célibataire, la parité, le secteur informel sont significativement associés au décès des nouveau-nés. Mieux encore, elle a fait ressortir les caractéristiques néonatales des enfants décédés. Ces chiffres constatés dans notre étude révèlent l'ampleur des défis soulevés par l'objectif du développement durable (ODD) en ce qui concerne la survie des enfants qui passera nécessairement par la réduction de la mortalité néonatale. Celle-ci apparaît donc comme une priorité en Côte d'Ivoire et précisément dans le district sanitaire de Katiola. L'étude emmène à réfléchir sur la mise en place des interventions pendant la grossesse, au cours de la naissance, de la période néonatale et au-delà. Si l'on veut réduire la mortalité néonatale pour un développement humain durable.

Références bibliographiques

Bakayoko Lamine (2008), *morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital régional de Sikasso de 2002 à 2004*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Bamako.

Barbieri Magali (1991), *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, Paris, les dossiers du CEPED.

Ble Veh Romaric et Zah Bi Tozan (2019), *Facteurs économiques et mortalité infanto-juvénile dans la ville de Bouaké : éléments d'analyse corrélacionnelle*, *Géo vision* Hors-série n°1, Tome 2, décembre 2019.

District Sanitaire de Katiola (2019), *Rapport d'activité et performance du district sanitaire de Katiola*, 42 p.

Institut National de la Statistique (2016), *La situation des femmes et des enfants, rapport de l'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples, MEASURE DHS, ICF International Calverton, Maryland, USA.*

Fofana Adama (2017), *Déterminants de la mortalité néonatale au Burkina Faso*, Mémoire de Master, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la santé et l'éducation, Université Saint Thomas d'Aquin Ouagadougou.

Folquet Amorrisani, Kouakou Christian, Beni Bi, Houenou Yolande (2007), *Facteurs de risque de mortalité néonatale précoce du nouveau-né à terme au service de pédiatrie du CHU de Cocody*, *Rev Int Sc Méd*, vol 9, n°3.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (2012), *Analyse initiale de situation de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français Muskoka au Burkina Faso*, Burkina Faso : Initiative Conseil International.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (1998), *La malnutrition causes conséquences et solutions*,

La situation des enfants dans le monde, UNICEF, [En ligne],

URL <https://www.unicef.org/french/sowc98/pdf/presume.pdf>.

Nkrumah Francis, Hoosen Coovadia, Nampala Michael Paul, Joy Lawn (2010), *Sub-Saharan Africa's Mothers, Newborns, and Children: Where and Why Do They Die?* *PLoS Med*, vol 7, n°6, e1000294

Issarou Ngayawanaka Pierre (2004), *influence du statut socio-économique de la mère sur les tendances de la mortalité néonatale selon les régions au Cameroun*, Mémoire de Master en démographie, IFORD, Université de Yaoundé II.

Jiajian Chen, Martha Fair, Russell Wilkins, Margaret Cyr (1998), *Niveau de la scolarité de la mère et mortalité fatale et infantile au Québec*, rapport sur la santé, automne 1998, vol 10, n°2, *statistique Canada*.

Kinney Mary, Kate Juan Kerber, Robert Black, Barney Cohen, **Nkrumah Francis, Hoosen Coovadia, Nampala Michael Paul, Joy Lawn** (2010), *Sub-Saharan Africa's Mothers, Newborns, and Children: Where*

and Why Do They Die? », PLoS Med, vol 7, n°6: e1000294, doi :10.1371/journal.pmed.1000294, 9 p.

Kanmiki Edmund Wedam, Bawah Ayaga, Agorinya Isaie, Achana Fabian, Abraham Oduro, James Akazali (2014), *Socioeconomic and demographic determinants of under-five mortality in rural northern Ghana*. BMC Int Health Hum Rights, *Pan African Medical Journal*, vol 14, n°24.

Labie Dominique (2005), *le scandale des 4 millions de morts néonatales chaque année : bilan et actions possibles*, *Médecine/sciences*, vol 21, n°7.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique/Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et l'Information Sanitaire (DPPEIS) (2017), *Rapport Annuelle sur la Situation Sanitaire (RASS, 2016)*, Rapport général, Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016), Plan National de Développement Sanitaire (2016-2020), Côte d'Ivoire.

Noria Hari., Ourrad Sarah., Ourrad Asmaa (2015), *Facteurs de risques de mortalité néonatale dans l'hôpital de gynécologie-obstétrique de la wilaya de Sidi Bel Abbès, Algérie*. *The Pan African Medical Journal*, 2015, 20 :387 doi :10.11604/pamj.2015.20.387.5032.

Organisation Mondiale de la Santé (2016), *Nouveau-né, nourrisson* https://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/. Consulté le 12 décembre 2018.

Soro Rokia, (2014), *la mortalité des enfants de 0 à 4 ans dans le département de Korbogo*, Mémoire de Master 2, Université Alassane Ouattara.

Yugbare Solange Ouedraogo, Meda Desiré, Dao Lassine, Koueta Fla, Ludovic Kam, Traore Ramata Ouédraogo, Ye Diarra (2016), *Facteurs associés aux décès des nouveau-nés suspects d'infections bactériennes au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou, Burkina Faso* ». *Pan African Medical Journal*, vol 24, n°1.

Zong Mba Daniela Rosita (2011), *Mortalité des enfants selon le recours aux soins prénatals des mères au Gabon*, Mémoire de master professionnel en démographie, IFORD, Université de Yaoundé II.