Repères FHC

COLLECTION STRATÉGIQUE ET OPÉRATIONNELLE



Photo : Dr Patrick Ngou

NUMÉRO

01

Novembre 2026

Le nouveau-né prématuré : le lieu de naissance avant la couveuse

Repères pour les directions et les équipes hospitalières

Fédération Hospitalière du Cameroun

www.fédération-hospitalière-Cameroun.org

Repères FHC n° 01 · Le nouveau-né prématuré : le lieu de naissance avant la couveuse

Collection : Repères FHC, collection stratégique et opérationnelle de la Fédération Hospitalière du Cameroun.

Disponibilité : ce numéro est également publié sur le site Internet de la Fédération Hospitalière du Cameroun, www.fédération-hospitalière-Cameroun.org, où il peut être consulté et téléchargé librement.

Citation suggérée : Fédération Hospitalière du Cameroun. Le nouveau-né prématuré : le lieu de naissance avant la couveuse. Repères FHC n° 01. Yaoundé : FHC ; novembre 2026.

© Fédération Hospitalière du Cameroun, 2026. La reproduction et la diffusion de ce document, en tout ou en partie, sont autorisées à des fins non commerciales, à condition d'en citer la source. Toute adaptation doit indiquer qu'elle n'engage pas la FHC.

Avis de non-responsabilité : ce document est un outil d'organisation destiné aux directions et aux équipes hospitalières. Il ne remplace ni les protocoles cliniques ni les directives du ministère de la Santé publique. Les décisions cliniques relèvent des professionnels qualifiés. La FHC a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations publiées ; les données citées restent sous la responsabilité de leurs auteurs et sont datées dans le texte.

Validation : document validé par le Dr Patrick Ngou, pédiatre, et par le Président de la FHC, novembre 2026. **Prochaine révision :** au plus tard en novembre 2028, ou plus tôt en cas de nouvelles recommandations de l'OMS ou du ministère de la Santé publique.

Crédits photographiques : Dr Patrick Ngou, qui en a autorisé la publication dans ce document (couverture, sections 2 et 5) ; Fundación Canguro (section 3) ; Hush Naidoo Jade Photography, via Unsplash (section 4) ; Luiza Braun, via Unsplash (section 6) ; Tima Miroshnichenko, via Pexels (section 7).

Sigles et abréviations

SIGLE	SIGNIFICATION	SIGLE	SIGNIFICATION
CHU	Centre hospitalier universitaire	**FHC**	Fédération Hospitalière du Cameroun
CMA	Centre médical d'arrondissement	**FOSA**	Formation sanitaire
CME	Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya (Yaoundé)	**HGOPY**	Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
CPAP	Ventilation en pression positive continue	**OMS**	Organisation mondiale de la santé
CSI	Centre de santé intégré	**RENACC**	Réseau national et international des éducateurs thérapeutiques et conseillers psychosociaux du Cameroun et d'Afrique
DHIS2	Plateforme du système national d'information sanitaire (District Health Information Software 2)	**SRMNIA**	Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infanto-juvénile et de l'adolescent
DSF	Direction de la santé familiale (ministère de la Santé publique)	**UN IGME**	Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité de l'enfant

AVANT-PROPOS

Avant-propos

Chaque année, plus d'un bébé sur dix naît avant terme dans le monde, et les complications de la prématurité sont la première cause de décès des enfants de moins de cinq ans [1]. Au Cameroun, le sujet touche directement nos maternités, nos services de pédiatrie et les familles qui y confient leurs enfants.

Ce premier numéro de la collection Repères FHC s'appuie sur l'Éclairage du vendredi du 14 novembre 2026, consacré à la question : « Prise en charge des prématurés au Cameroun : plus de couveuses, est-ce vraiment la réponse ? » Professionnels de santé, spécialistes de santé publique et acteurs associatifs y ont apporté leur expérience.

Les contributions ont été rapprochées des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et des données camerounaises disponibles. Le document ne remplace ni les protocoles cliniques ni les politiques nationales. Il propose aux établissements une manière d'organiser la naissance prématurée, les premiers soins et le suivi, et identifie les questions qui relèvent des autorités sanitaires et des partenaires.

Je remercie le Dr Patrick Ngou, pédiatre, pour son expertise, ainsi que l'ensemble des membres qui ont contribué à ce travail.

Dr Roger Etoa
Président de la Fédération Hospitalière du Cameroun

Sommaire

S Schéma : le parcours du prématuré en un coup d'œil 5

1 Contexte : la prématurité au Cameroun et dans le monde 6

2 Constats et enjeux 8

3 Les recommandations de l'OMS 9

4 Organiser la naissance prématurée selon le niveau de l'établissement 10

5 Couveuse et méthode kangourou 11

6 Sortie, suivi et accompagnement des familles 12

7 Le rôle de la direction 13

8 Responsabilités par acteur et indicateurs de suivi 14

9 Questions ouvertes et plaidoyer 15

10 Méthode d'élaboration, sources, références et contributions 16

A Annexes : fiche de transfert, liste de vérification, fiche de sortie (français et anglais), grille d'auto-évaluation 18

RÉSUMÉ

Messages clés

Un prématuré survit d'abord grâce au bon lieu de naissance, à un accoucheur qualifié et à des soignants formés, bien avant la couveuse.

N°	MESSAGE
1	**Le lieu de l'accouchement décide souvent de la survie.** Un accouchement prématuré s'anticipe et s'oriente vers une structure adaptée. Le transfert de la mère avant la naissance est préférable au transfert du nouveau-né.
2	**La couveuse n'est pas le traitement de la prématurité.** Sans personnel formé, électricité stable, eau courante, médicaments et circuit de stérilisation, elle ne protège pas l'enfant.
3	**La méthode kangourou est recommandée par l'OMS pour tous les prématurés et petits poids de naissance**, dès que possible après la naissance [4]. Elle est fiable, peu coûteuse et indépendante de l'électricité.
4	**La prévention se joue pendant la grossesse.** Consultations prénatales de qualité, datation précoce de la grossesse, planification familiale, puis suivi du prématuré bien au-delà de la sortie.
5	**Pas de politique périnatale sans ressources humaines ni données fiables.** Former le personnel en poste, classer les maternités selon leur plateau technique, organiser des réseaux de périnatalité et actualiser les données.

AVERTISSEMENT

Ce document est un outil d'organisation destiné aux directions et aux équipes hospitalières. Il ne constitue ni un protocole clinique ni une recommandation officielle des autorités sanitaires. Les décisions cliniques relèvent des professionnels qualifiés, dans le respect des directives du ministère de la Santé publique.

KEY MESSAGES · ENGLISH VERSION

1. Place of birth often decides survival. Preterm labour should be anticipated and the mother referred to an appropriate facility; transferring the mother before birth is preferable to transferring the newborn.

2. An incubator is not a treatment for prematurity. Without trained staff, stable electricity, running water, medicines and reliable sterilisation, it does not protect the baby.

3. WHO recommends kangaroo mother care for all preterm and low-birth-weight infants, as soon as possible after birth [4]. It is effective, low-cost and does not depend on electricity.

4. Prevention starts during pregnancy: quality antenatal care, early pregnancy dating, family planning, and follow-up of the preterm baby well beyond discharge.

5. No perinatal policy without health workers and reliable data: train staff in post, classify maternity units by neonatal capacity, build perinatal networks and update the data.

SCHÉMA

Le parcours du prématuré en un coup d'œil

Les étapes clés, de la grossesse au suivi après la sortie. Chaque étape renvoie à la section du document qui la détaille.

PENDANT LA GROSSESSE

Consultations prénatales de qualité et échographie de datation avant 12 semaines.
Devant une perte des eaux ou du bouchon muqueux, des contractions, de la fièvre ou un traumatisme, la femme enceinte consulte sans attendre. *Sections 2 et 6.*

▼

MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Anticiper et orienter la mère vers une structure adaptée : le transfert in utero est préférable au transfert du nouveau-né. Corticoïdes anténatals entre 24 et 34 semaines, selon les conditions fixées par l'OMS [5]. *Sections 3 et 4.*

▼

À LA NAISSANCE

- Réchauffer et soigner tout nouveau-né qui respire.
- Contact peau à peau le plus tôt possible [4] ; éviter au maximum de séparer la mère et l'enfant.
- Évaluer la maturité (score de Ballard, poids).
- Ne jamais remettre le bébé aux parents pour qu'ils cherchent eux-mêmes couveuse et oxygène.

▼

SELON L'ÉTAT DU BÉBÉ

BÉBÉ STABLE

Méthode kangourou en première intention, à l'hôpital puis à domicile, avec un suivi régulier. *Section 5.*

BÉBÉ INSTABLE

Couveuse ou réanimation selon le niveau de l'établissement, puis méthode kangourou dès que l'état le permet. *Section 5.*

▼

SI UN TRANSFERT EST NÉCESSAIRE

- Appeler la structure d'accueil avant de référer.
- Bien mettre en condition le bébé ; un soignant l'accompagne, avec la fiche de transfert (annexe 1).
- Sans couveuse de transport, portage kangourou d'un bébé stable.

▼

SORTIE

Les parents connaissent les sept signes de danger, savent allaiter, porter en kangourou et suivre le poids, et repartent avec un rendez-vous et la fiche de sortie (annexe 3). *Section 6.*

▼

SUIVI

Suivi sur le long terme, dans le cadre des 1 000 premiers jours : croissance, développement, santé mentale des parents et soutien à la parentalité. *Section 6.*

La prématurité au Cameroun et dans le monde

13,4 M
bébés nés avant terme dans le monde en 2020, soit plus d'un sur dix

900 000
décès d'enfants liés aux complications de la prématurité en 2019

3 sur 4
de ces décès pourraient être évités par des interventions efficaces et peu coûteuses

25 ‰
taux de mortalité néonatale au Cameroun en 2023 (estimation des Nations unies)

Sources : OMS, aide-mémoire sur les naissances prématurées, 10 mai 2023 [1] ; Banque mondiale, d'après les estimations du groupe interinstitutions des Nations unies (UN IGME) [7].

Définitions de référence

L'OMS considère comme prématuré tout enfant né vivant avant 37 semaines révolues de grossesse [1]. Elle distingue trois catégories : la très grande prématurité (moins de 28 semaines), la grande prématurité (de 28 à moins de 32 semaines) et la prématurité moyenne à tardive (de 32 à 37 semaines). La fiabilité de ces catégories dépend entièrement de la datation de la grossesse.

Les premiers jours, période la plus risquée

Dans le monde, environ trois quarts des décès néonatals surviennent pendant la première semaine de vie, et près d'un million de nouveau-nés meurent dans les 24 premières heures [2]. Dans les pays à faible revenu, la moitié des bébés nés à 32 semaines ou avant meurent faute de soins simples : chaleur, soutien à l'allaitement, traitement des infections et des difficultés respiratoires. Dans les pays à revenu élevé, presque tous survivent [1]. Selon le rapport *Born too soon*, les taux de prématurité n'ont baissé dans aucune région du monde au cours de la dernière décennie [3].

La situation au Cameroun

Le taux de mortalité néonatale est estimé à 25 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2023, contre 28 en 2018 [7][8]. À Yaoundé, une étude menée de 2013 à 2017 dans trois maternités (Hôpital Central, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique et Centre Hospitalier d'Essos) a recensé 5 640 naissances prématurées sur 38 151 accouchements, soit un taux de 14,8 % [9]. Le taux de très grande prématurité y était significativement plus élevé à l'HGOPY, et 40,7 % des prématurés pesaient moins de 2 000 g.

Selon le bulletin SRMNIA de la Direction de la santé familiale (premier trimestre 2025), les décès néonatals enregistrés dans les formations sanitaires sont dus aux infections (29 %), à la prématurité (28 %) et à l'asphyxie (25 %). Les régions de l'Ouest, du Littoral et de l'Est présentaient le risque de décès néonatal le plus élevé, et la méthode kangourou ne bénéficiait qu'à 45 % des nouveau-nés vulnérables, avec 37 % dans le Centre et 35 % dans l'Extrême-Nord [15].

DEUX MESURES À NE PAS CONFONDRE

Le taux national de 25 ‰ est une estimation modélisée des Nations unies, qui s'appuie notamment sur les enquêtes auprès des ménages et couvre donc aussi les naissances hors des structures. Le bulletin SRMNIA mesure les décès déclarés par les formations sanitaires dans le DHIS2 (6 ‰ au premier trimestre 2025) [15]. Les deux chiffres ne sont pas comparables.

Des données anciennes sur les couveuses

Le recensement le plus récent dont dispose la FHC date de 2016 et ne concerne que Yaoundé : 73 couveuses (70 fonctionnelles) dans 14 formations sanitaires. Deux structures, l'HGOPY et le CME, en concentraient 40, soit 55 % [10]. Les problèmes relevés à l'époque restent d'actualité : séjours prolongés des grands prématurés, faible mise en œuvre de la méthode kangourou et, surtout, transferts organisés sans chaîne d'information.

Le lieu de naissance, facteur décisif de survie

QUAND SURVIENNENT LES DÉCÈS NÉONATALS



> Dès les 24 premières heures : près d'un million de nouveau-nés meurent chaque année dans le monde [2].

C'est autour de l'accouchement que se joue l'essentiel : la qualification de l'accoucheur et les premiers soins comptent davantage que l'équipement disponible plus tard.

AU CAMEROUN

71,8 % des nouveau-nés décédés en néonatologie à l'Hôpital Laquintinie de Douala étaient nés dans une autre structure. Leur mortalité atteignait 25,3 %, contre 13,4 % pour les enfants nés sur place. Étude menée dans un seul hôpital, sur quatre mois en 2014 [13].

36 ‰ mortalité néonatale en milieu rural, contre 25 ‰ en milieu urbain (données de 2014). En zone rurale, 47 % des femmes font au moins quatre consultations prénatales, contre 76 % en ville [14].

Sources : OMS, Newborn mortality, 2024 [2] ; Kedy Koum et al., 2015 [13] ; UNICEF, profil pays Cameroun [14].

Couveuses recensées dans les formations sanitaires de Yaoundé en 2016

FORMATION SANITAIRE	COUVEUSES	FONCTIONNELLES	OBSERVATIONS
HD Cité Verte	1	1	Non utilisée
CM de Mvog Beti	1	1	
HD Biyem Assi	5	4	1 non fonctionnelle
HD Nkolndongo	2	–	Non utilisées
Clinique Wellstart Bastos	1	1	
Polyclinique du Palais	2	2	
Clinique Carrefour Sorcier	1	1	
CM Maria Nsisim	3	3	
Hôpital Bethesda	3	3	
CHU	1	1	10 en attente
HGOPY	20	20	
CME	20	20	10 appareils de photothérapie (doublon avec couveuse)
CNPS	8	8	2 appareils de photothérapie
Maternité principale	5	5	Pédiatre affecté
Total	**73**	**70**	

Source : Njom Nlend AE, données non publiées, présentation à la Direction de la santé familiale, 15 juin 2016 [10]. – : non précisé dans la source. Donnée plus récente (Douala, 2021) : sur neuf hôpitaux publics, sept disposaient d'une unité kangourou, trois d'une ambulance adaptée et trois d'un pédiatre de garde la nuit et le week-end [17].

Constats et enjeux

Le sort d'un prématuré dépend largement de ce qui se passe avant son arrivée en néonatologie.

Le seuil de viabilité dépend du lieu de naissance

Au Cameroun, le seuil à partir duquel un prématuré peut être pris en charge varie selon le plateau technique de la maternité. Selon le Dr Patrick Ngou, la survie des enfants de moins de 1 000 g reste inférieure à 30 %. Beaucoup de soignants considèrent encore qu'un fœtus n'est viable qu'à partir de 28 semaines d'aménorrhée, et c'est souvent l'accoucheur qui décide seul de la viabilité, du transfert, de l'accompagnement ou non du nouveau-né, et de sa séparation d'avec sa mère.

> « Les pédiatres et la société prennent ce que les accoucheurs leur donnent. »
>
> Dr Patrick Ngou, pédiatre



Chez le prématuré, le contact et la chaleur comptent dès les premières minutes. Photo : Dr Patrick Ngou.

La datation de la grossesse

Beaucoup de femmes découvrent leur grossesse vers le quatrième mois. La méthode la plus sûre reste l'échographie obstétricale avant 12 semaines, dont la fiabilité dépend aussi de la qualification de l'opérateur. Après la naissance, le score de Ballard et le poids complètent l'évaluation de la maturité. Selon le Dr Patrick Ngou, une erreur de deux jours peut suffire à fausser la conduite à tenir.

Des pratiques à proscrire

- Remettre un prématuré « emballé » à ses parents en leur demandant de chercher eux-mêmes couveuse et oxygène. Cette pratique expose l'enfant à un risque vital et va à l'encontre des recommandations de l'OMS, qui demandent de ne pas séparer la mère et l'enfant et de les prendre en charge ensemble [4].
- Laisser sans réchauffement ni soins un nouveau-né qui respire, au motif qu'il serait non viable.
- Transférer un nouveau-né sans appel préalable, sans soignant pour l'accompagner et sans information transmise à l'équipe qui le reçoit.
- Croire que l'oxygène et la couveuse suffisent à prendre en charge un prématuré.

Des expériences existent déjà au Cameroun

- **Centre hospitalier d'Essos.** La méthode kangourou a été mise en place dans le service de néonatologie, sous l'impulsion du Pr Njom Nlend.
- **Garoua.** La Société camerounaise de médecine périnatale prévoit d'y implanter prochainement la méthode kangourou immédiate.
- **Accompagnement des mères.** Le RENACC, réseau d'éducateurs thérapeutiques et de conseillers psychosociaux, pratique une démarche de méthode kangourou co-construite avec les mères (section 5).

Une responsabilité partagée

Le problème engage la population, les soignants, les décideurs et des secteurs extérieurs à la santé. Un cas rapporté par un membre de la FHC l'illustre : un prématuré né avec un taux d'hémoglobine de 5 g/dl après une grossesse non suivie est décédé malgré l'intervention du pédiatre. Selon ce témoignage, l'absence de suivi de la grossesse a davantage pesé que les contraintes financières.

Les recommandations de l'OMS

En novembre 2022, l'OMS a publié 25 recommandations pour améliorer la survie et la santé des prématurés et des petits poids de naissance [4]. Elles rompent avec une pratique longtemps répandue : la mère et l'enfant ne doivent plus être séparés après la naissance.

INTERVENTION	CE QUE DIT L'OMS	SOURCE
Méthode kangourou	Recommandée comme soin de routine pour tous les prématurés et petits poids de naissance, de 8 à 24 heures par jour, le plus longtemps possible. Elle peut être commencée à l'hôpital ou à domicile.	OMS, 2022 [4]
Kangourou immédiat	À débuter le plus tôt possible après la naissance (recommandation forte, niveau de preuve élevé), sans période initiale en couveuse. Les enfants qui ont besoin de soins intensifs sont pris en charge dans des unités où les parents peuvent rester avec eux jour et nuit.	OMS, 2022 [4]
Place de la famille	La mère est la porteuse privilégiée. En son absence, le père, le partenaire ou un autre membre de la famille peut assurer le portage. Les familles doivent recevoir un soutien émotionnel, financier et sur le lieu de travail.	OMS, 2022 [4]
Corticoïdes anténatals	Recommandés chez la femme à risque d'accouchement prématuré entre 24 et 34 semaines, si l'âge gestationnel est fiable, si l'accouchement est probable dans les 7 jours, en l'absence d'infection maternelle, et si la mère et le nouveau-né peuvent recevoir des soins adaptés. Ils ne doivent pas être administrés en routine lorsque l'âge gestationnel ne peut être confirmé.	OMS, 2022 [5]
Guide pratique	Un guide clinique de 121 pages, publié le 14 novembre 2025, détaille pas à pas la mise en œuvre de la méthode kangourou dans les établissements de tous niveaux et à domicile, avec des orientations pour les directions.	OMS, 2025 [6]

À RETENIR POUR LES ÉTABLISSEMENTS

Les recommandations de l'OMS reposent sur des interventions accessibles : chaleur, contact peau à peau, lait maternel, prévention et traitement des infections, soutien respiratoire adapté. Elles supposent surtout une organisation qui évite de séparer la mère de son enfant et un personnel formé à ces gestes.

La méthode kangourou immédiate ne nécessite pas de stabilisation préalable en couveuse. Elle appelle toutefois des solutions complémentaires, comme des appareils de ventilation en pression positive continue (CPAP) portatifs : sans eux, des prématurés en détresse respiratoire peuvent mourir pendant l'attente.



Une mère et son enfant dans le programme de méthode kangourou de l'Hôpital Laquintinie de Douala. Photo : Fundación Canguro.

Organiser la naissance prématurée selon le niveau de l'établissement

La classification des maternités selon leur plateau technique néonatal est la base de tout réseau périnatal. Elle permet à chaque établissement de savoir ce qu'il peut faire et vers qui orienter.

Les normes nationales du ministère de la Santé publique décrivent l'équipement néonatal attendu pour chaque type d'établissement [16]. La FHC propose d'en déduire quatre niveaux, présentés ci-dessous. La correspondance entre niveaux et types d'établissements est une proposition de la FHC ; sa reconnaissance officielle relève des autorités sanitaires.

NIVEAU	PLATEAU TECHNIQUE NÉONATAL	ÉQUIPEMENT PRÉVU PAR LES NORMES NATIONALES [16]
Niveau 1	Maternité sans unité de néonatologie	CSI et CMA : salle de soins kangourou ; réanimation de base au ballon et au masque
Niveau 2a	Paquet minimum de soins néonatals	Hôpital de district : unité de néonatologie avec réanimation ; unité kangourou
Niveau 2b	Néonatologie avancée	Hôpital régional : service de néonatologie, couveuses, photothérapie, unité kangourou
Niveau 3	Réanimation néonatale	Hôpital général et CHU : réanimation néonatale, CPAP, ventilation assistée, unité kangourou

CE QUE TOUTE MATERNITÉ DOIT GARANTIR, QUEL QUE SOIT SON NIVEAU

- Anticiper l'accouchement prématuré et orienter la mère vers une structure adaptée avant la naissance.
- Réchauffer et soigner tout nouveau-né qui respire.
- Éviter au maximum de séparer la mère de l'enfant.
- Ne jamais remettre un prématuré aux parents pour qu'ils cherchent eux-mêmes couveuse et oxygène.

Les règles du transfert

- **Privilégier le transfert in utero.**
- **Appeler avant de référer.**
- **Référer avec un soignant.** La FHC propose d'y joindre une fiche de transfert (annexe 1).
- **Bien mettre en condition** le nouveau-né avant le transfert, et ne jamais laisser sans réchauffement ni soins un enfant qui respire.
- **Utiliser le portage kangourou** pour le transfert d'un bébé stable en l'absence de couveuse de transport.
- **Éviter au maximum de séparer la mère de l'enfant.**



Un transfert se prépare : appel préalable, soignant accompagnant, information transmise. Photo : Hush Naidoo Jade Photography, Unsplash.

RESPECT DE L'ENFANT ET DES PARENTS

Un nouveau-né prématuré n'est pas un « avorton ». S'il respire à la naissance, il est recommandé de veiller à ce que la mère le voie, d'accorder un moment d'intimité aux parents et de leur proposer de lui donner un nom : même s'il ne survit pas, il a existé.

Couveuse et méthode kangourou

Les deux ont leur place. Le débat ne doit pas se réduire au nombre de couveuses, au risque d'oublier la question centrale : le personnel spécialisé et sa formation.

SITUATION	CONDUITE PROPOSÉE
Prématuré stable	Méthode kangourou en première intention, à l'hôpital puis à domicile, avec un suivi régulier.
Prématuré instable	Prise en charge en couveuse ou en réanimation selon le niveau de l'établissement, puis méthode kangourou dès que l'état le permet. L'OMS recommande de débuter le contact peau à peau le plus tôt possible [4].
Transfert sans couveuse de transport	Portage kangourou d'un bébé stable, accompagné d'un soignant.



Sans personnel formé ni conditions de fonctionnement réunies, l'équipement ne suffit pas.



Jumeaux nés prématurément.

Photos : Dr Patrick Ngou.

Les conditions d'utilisation d'une couveuse

Une couveuse mal entourée ne protège pas l'enfant. Avant d'acquérir ou d'accepter des couveuses, un établissement doit s'assurer de disposer :

- d'un personnel formé aux soins néonatals ;
- d'un courant électrique stable et de l'eau courante ;
- de locaux aux normes minimales ;
- des médicaments et consommables nécessaires ;
- d'un circuit de stérilisation fiable ;
- d'un espace permettant à la mère de rester auprès de son enfant.

La posture du bébé renseigne sur sa détresse et son pronostic. Sa bonne gestion aide à réduire le stress, la douleur et la dépense d'énergie, et favorise la croissance. Les apports se calculent en microvolumes : ces soins demandent des compétences spécifiques.

Construire la méthode kangourou avec la mère

Le RENACC propose une démarche en trois temps :

- **diagnostic éducatif** de 30 à 45 minutes : histoire de la grossesse, culture, freins et forces de la mère ;
- **séances pratiques progressives**, de 30 minutes à 2 heures, en associant le père ou la grand-mère ;
- **évaluation** immédiate, puis à 7 jours et à 1 mois : temps de portage, poids, difficultés, confiance de la mère.

Selon l'OMS, la méthode kangourou améliore la survie des prématurés et petits poids de naissance, les protège de l'hypothermie et des infections, et favorise l'allaitement [4]. Elle renforce le lien entre la mère et l'enfant et permet un suivi à domicile.

Sortie, suivi et accompagnement des familles

Un prématuré qui sort de néonatologie n'est pas guéri. Il se suit sur le long terme, et sa mère est le premier maillon de la chaîne de soins.

Signes de danger à enseigner aux parents

L'OMS retient sept signes de maladie grave chez le nourrisson de moins de deux mois [11]. Un seul suffit pour consulter sans attendre :

- il tète mal ou ne tète plus ;
- il a des convulsions ;
- il ne bouge que si on le stimule, ou ne bouge plus ;
- il a de la fièvre (38 °C ou plus) ;
- il est froid (moins de 35,5 °C) ;
- sa poitrine se creuse fortement quand il respire ;
- il respire très vite (60 respirations par minute ou plus), pendant la première semaine de vie.

Gestes à apprendre avant la sortie

- allaiter et pratiquer la méthode kangourou ;
- respecter les règles d'hygiène ;
- suivre le poids de l'enfant ;
- se présenter aux rendez-vous de suivi.



Allaiter, porter en kangourou, suivre le poids : des gestes à maîtriser avant la sortie. Photo : Luiza Braun, Unsplash.

Il est recommandé d'intégrer un éducateur thérapeutique dans les services de néonatologie, chargé d'accompagner les familles jusqu'à la sortie et au-delà.

Cinq messages pour les familles et la communauté

- Donner rapidement un nom au prématuré.
- Un prématuré se suit sur le long terme : le suivi après la sortie est indispensable.
- Prévenir les grossesses précoces et faire suivre toute grossesse.
- Recourir à la planification familiale.
- Une grossesse relève de la responsabilité du couple, et non de la fatalité.

Les signes qui doivent alerter pendant la grossesse

La perte des eaux ou du bouchon muqueux, des contractions, de la fièvre ou un traumatisme doivent conduire la femme enceinte à consulter sans attendre.

Les 1 000 premiers jours

De la conception aux deux ans de l'enfant, cette période couvre le suivi prénatal, la naissance et les premiers soins, la nutrition, le développement et les interactions. Elle inclut aussi la santé mentale des parents et le soutien à la parentalité.

Le rôle de la direction

Ressources humaines

Les besoins sont à la fois quantitatifs et qualitatifs : pédiatres, néonatologistes, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues. La direction peut agir sur la formation du personnel en poste, notamment des sages-femmes et des accoucheurs au calcul de l'âge gestationnel, et sur la fidélisation du personnel.

Équipements

Avant d'acquérir ou d'accepter une couveuse, la direction vérifie que les conditions minimales décrites en section 5 sont réunies (liste de vérification en annexe 2). L'existence d'un guide d'utilisation des couveuses offertes par des acteurs politiques et des donateurs reste à vérifier (section 9).

Organisation

- Identifier le niveau néonatal de l'établissement et le faire connaître aux structures voisines.
- Disposer d'un numéro joignable en permanence pour les appels avant transfert.
- Organiser l'accueil de la mère auprès de l'enfant hospitalisé.
- Tenir un registre des prématurés : provenance, poids, âge gestationnel, devenir.

Coût et financement

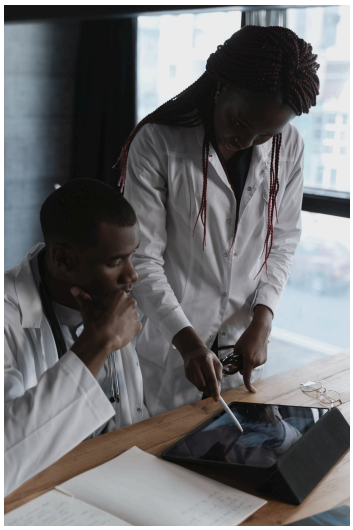
Selon des témoignages de membres, le coût d'un mois d'hospitalisation en néonatologie irait de 20 000 FCFA à Kribi à au moins un million de FCFA ailleurs, sans précision sur ce que couvrent ces montants. La FHC n'a pas identifié d'étude publiée qui chiffre ce coût au Cameroun, alors que les paiements directs des ménages représentaient 71 % des dépenses totales de santé en 2017 [18]. Pour inscrire ces soins dans le panier de la couverture santé universelle, il faut à la fois en connaître le coût et s'assurer que l'offre existe en quantité et en qualité.

Au nom du droit à la survie reconnu par la Convention relative aux droits de l'enfant, la FHC propose d'étudier la gratuité des soins de tout nouveau-né malade pendant son premier mois de vie, période où les interventions sont parmi les plus coût-efficaces.

Données et système d'information

Les données disponibles ne sont ni validées ni actualisées, y compris celles de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le seul recensement des couveuses partagé date de 2016. Le bulletin SRMNIA relève lui-même que les causes de décès néonatals ne sont pas encore classées selon la CIM-11 [15]. Sans données fiables, aucune décision équitable n'est possible, qu'il s'agisse de répartir les équipements, de former le personnel ou de financer les soins.

> « Qui a l'information a le pouvoir. »
>
> Dr Kob Same David



Former le personnel en poste et exploiter les données : deux leviers à la portée de la direction. Photo : Tima Miroshnichenko, Pexels.

ÉTAPE PROPOSÉE	CONTENU
État des lieux	Recenser les unités de néonatologie publiques et privées, les couveuses et tables radiantes fonctionnelles, et le personnel spécialisé.
Cartographie	Mettre à jour la carte de l'offre néonatale par région et par niveau de maternité, base des réseaux de périnatalité.

ÉTAPE PROPOSÉE	CONTENU
Outils de collecte	Créer des canevas communs de collecte et les articuler avec le DHIS2.
Estimation des besoins	Utiliser des modèles d'estimation du nombre et du profil des prématurés attendus pour planifier les couveuses et le personnel.
Pilotage	Définir des résultats attendus et des indicateurs, et les suivre dans le temps.

Au niveau de chaque établissement, la direction peut tenir un registre des prématurés, transmettre régulièrement ses données et analyser ses propres indicateurs (section 8). La Fédération peut contribuer à l'état des lieux national en mobilisant ses membres, chacun pour l'établissement où il exerce : une grille d'auto-évaluation est proposée à cet effet (annexe 4).

8 · RESPONSABILITÉS ET SUIVI

Responsabilités par acteur et indicateurs de suivi

ACTEUR	RESPONSABILITÉS PRINCIPALES
Direction de l'établissement	Définir le niveau néonatal ; organiser les transferts ; garantir les conditions de fonctionnement des équipements ; former et fidéliser le personnel ; suivre les indicateurs.
Accoucheurs et sages-femmes	Dater la grossesse avec rigueur ; anticiper et orienter l'accouchement prématuré ; réchauffer et mettre en peau à peau ; ne jamais décider seul de la viabilité ; appeler avant de référer.
Pédiatres et équipes de néonatologie	Évaluer la maturité (score de Ballard) ; prendre en charge selon le niveau ; promouvoir la méthode kangourou ; former les équipes de la maternité ; organiser le suivi après la sortie.
Équipes de consultation prénatale	Assurer des consultations de qualité ; proposer une échographie de datation précoce ; informer sur les signes d'alerte.
Familles et communauté	Faire suivre la grossesse ; consulter devant les signes d'alerte ; pratiquer le portage kangourou ; respecter le suivi.

Indicateurs proposés

Ces indicateurs découlent des recommandations du présent document. Ils sont à adapter aux outils de collecte existants, notamment au DHIS2. Chaque établissement établit sa valeur de départ lors de la première collecte (annexe 4), puis fixe ses cibles annuelles. Les résultats gagnent à être ventilés selon le lieu de naissance (né dans l'établissement ou transféré), l'âge gestationnel et le poids de naissance.

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU
Naissances prématurées référées avant l'accouchement (%)	Transferts in utero de femmes en menace d'accouchement prématuré	Transferts in utero + naissances prématurées dans l'établissement	Registre de maternité	Trimestrielle	Tous
Transferts de nouveau-nés précédés d'un appel (%)	Transferts avec appel préalable documenté	Transferts de nouveau-nés	Fiche de transfert (annexe 1)	Trimestrielle	Tous
Hypothermie à l'admission (%)	Prématurés admis avec une température inférieure à 36,5 °C [12]	Prématurés admis	Registre des prématurés	Mensuelle	2a, 2b, 3
Prématurés stables en méthode kangourou (%)	Prématurés stables ayant bénéficié de la méthode kangourou	Prématurés stables	Registre des prématurés	Mensuelle	2a, 2b, 3
Mortalité des prématurés par tranche de poids (%)	Décès par tranche : moins de 1 000 g ; 1 000 à 1 499 g ; 1 500 à 2 499 g	Prématurés admis, par tranche de poids	Registre des prématurés	Trimestrielle	2a, 2b, 3

INDICATEUR	NUMÉRATEUR	DÉNOMINATEUR	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU
Suivi après la sortie (%)	Prématurés vus au premier rendez-vous	Prématurés sortis vivants	Registre de suivi	Trimestrielle	2a, 2b, 3

9 · QUESTIONS OUVERTES ET PLAIDOYER

Questions ouvertes et plaidoyer

Plusieurs questions ne peuvent être tranchées faute de données. Elles relèvent des autorités sanitaires, des sociétés savantes et des partenaires.

N°	QUESTION	INTERLOCUTEUR PRESSENTI
1	Combien d'hôpitaux disposent de couveuses fonctionnelles au Cameroun ?	Direction de la santé familiale
2	Combien de professionnels sont spécialisés en soins périnatals, et combien d'unités de néonatologie publiques et privées existent ?	Direction de la santé familiale
3	Quels sont les facteurs de risque de prématurité établis dans le contexte camerounais ?	Sociétés savantes, universités
4	Que doit faire, étape par étape, un hôpital rural sans couveuse qui reçoit un prématuré ?	Sociétés savantes, avec l'appui de la FHC
5	Existe-t-il un guide d'utilisation des couveuses offertes par des donateurs ?	Société camerounaise de médecine périnatale
6	Combien de soignants faut-il former à la méthode kangourou pour couvrir les zones sans couveuse ?	Direction de la santé familiale, partenaires
7	Quel est le coût réel d'une hospitalisation néonatale, et quelle part en supportent les familles ?	Ministère de la Santé publique, partenaires, universités

Axes de plaidoyer de la Fédération

- Classer les maternités par niveau de plateau technique néonatal et organiser des réseaux de périnatalité.
- Généraliser la méthode kangourou, y compris la méthode kangourou immédiate, avec des CPAP portatives.
- Actualiser les données : unités de néonatologie, couveuses, personnel spécialisé, besoins estimés.
- Chiffrer le coût des soins néonatals en vue de leur prise en charge par la couverture santé universelle.
- Étudier la gratuité des soins des nouveau-nés malades pendant le premier mois de vie.
- Former tous les acteurs du parcours de la naissance et intégrer l'éducation thérapeutique en néonatologie.

Méthode d'élaboration, sources, références et contributions

Méthode

Le document s'appuie sur la présentation du Dr Patrick Ngou, pédiatre, lors de l'Éclairage du vendredi du 14 novembre 2026, et sur les contributions écrites des membres de la FHC au cours de cette session.

Recherche documentaire : en novembre 2026, chaque donnée chiffrée a été recherchée dans les publications de l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et du ministère de la Santé publique, ainsi que dans des revues scientifiques à comité de lecture (PubMed Central, Pan African Medical Journal, Health Sciences and Disease, Health Research in Africa, BMC). La source primaire a été privilégiée chaque fois qu'elle était accessible.

Règles de sélection : les affirmations qui n'ont pas pu être confirmées par une source publiée ont été écartées ou présentées comme des témoignages. Les avis d'experts sont attribués nommément ; les recommandations de l'OMS sont signalées comme telles ; les propositions de la FHC sont identifiées dans le texte.

Relecture et validation : le Dr Patrick Ngou a relu et validé le contenu technique ; le Président de la FHC a validé l'ensemble du document.

Contributions

Direction de la publication : Dr Roger Etoa, Président de la Fédération Hospitalière du Cameroun.

Coordination et rédaction : Laure Irène Mboh.

Expert : Dr Patrick Ngou, pédiatre.

Contributions : Pr Anne Esther Njom Nlend ; Pr Njam ; Dr Ngo Mayinga ; Dr Kob Same David ; Dr Minka Basilice ; Dr Mpinwa Babane Dominique ; Mme Suzanne Eko Biwole ; Mme Julienne Clarisse Mbou'ou Mvolla (RENACC), ainsi que l'ensemble des membres de la FHC qui ont apporté leurs contributions.

Principales données citées et leurs limites

DONNÉE	SOURCE	PÉRIODE	LIMITE À GARDER EN TÊTE
Mortalité néonatale nationale (25 ‰)	UN IGME, via la Banque mondiale [7]	2023	Estimation modélisée, non une mesure directe
Causes des décès néonatals	Bulletin SRMNIA, DSF [15]	T1 2025	Décès déclarés par les FOSA ; causes non classées selon la CIM-11
Taux de prématurité (14,8 %)	Epee Ngoue et al. [9]	2013–2017	Trois maternités de Yaoundé ; non représentatif du pays
Naissance hors structure (71,8 %)	Kedy Koum et al. [13]	2014	Un seul hôpital, quatre mois, 350 nouveau-nés admis
Écart rural / urbain	UNICEF, profil pays [14]	2014	Données anciennes, à actualiser
Couveuses à Yaoundé	Njom Nlend [10]	2016	Données non publiées ; Yaoundé seulement
Équipement néonatal à Douala	Eposse Ekoube et al. [17]	2021	Neuf hôpitaux publics de Douala
Coût de l'hospitalisation	Témoignages de membres de la FHC	2026	Non vérifiés ; contenu des montants inconnu

Références

Liens consultés le 19 novembre 2026.

1. Organisation mondiale de la santé. Naissances prématurées [aide-mémoire]. Genève : OMS ; 10 mai 2023. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. World Health Organization. Newborn mortality [fact sheet]. Geneva: WHO; 14 March 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality
3. World Health Organization, UNICEF, PMNCH. Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: WHO; 9 May 2023. https://www.who.int/news/item/09-05-2023-152-million-babies-born-preterm-in-the-last-decade
4. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-005826-2. https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262
5. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-005729-6. https://www.who.int/publications/i/item/9789240057296
6. World Health Organization. Kangaroo mother care: a clinical practice guide. Geneva: WHO; 14 November 2025. https://www.who.int/publications/m/item/kangaroo-mother-care--a-clinical-practice-guide

7. World Bank. Cameroon: country profile (neonatal mortality rate 2023, UN IGME estimates). Washington DC: World Bank; 2025. https://thedocs.worldbank.org/en/doc/00459ff52a53bf8b8d7c873f131ca733-0140012025/original/Cameroon.pdf
8. Countdown to 2030. Cameroun : santé maternelle et néonatale, fiche pays 2024. 2025. https://www.countdown2030.org/wp-content/uploads/2025/10/CAMEROUN-MNH-one-pager-2024.pdf
9. Epee Ngoue J, Essiben F, Ngo Um Sap S, et al. Epidemiology of preterm birth over a 5-year period in Yaoundé (Cameroon). Glob Pediatr Health. 2022;9:2333794X221074319. https://doi.org/10.1177/2333794X221074319
10. Njom Nlend AE. Éléments en place : situation des couveuses à Yaoundé. Présentation à la Direction de la santé familiale, 15 juin 2016. Données non publiées.
11. World Health Organization. WHO recommendations for management of serious bacterial infections in infants aged 0–59 days. Geneva: WHO; 2024. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610598/
12. World Health Organization. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Geneva: WHO; 1997. WHO/RHT/MSM/97.2.
13. Kedy Koum DC, Essomba NE, Ngaba GP, et al. Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale dans un hôpital de référence de Douala. Pan Afr Med J. 2015;20:258. https://panafrican-med-journal.com/content/article/20/258/full/
14. UNICEF. Cameroon: maternal and newborn health country profile. New York: UNICEF. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Cameroon/Maternal%20and%20newborn%20health%20country%20profiles/country%20profile_CMR.pdf
15. Ministère de la Santé publique, Direction de la santé familiale. Bulletin trimestriel SRMNIA n° 001, premier trimestre 2025. Yaoundé : MINSANTE ; 2025. https://www.minsante.cm/site/sites/default/files/Bulletin_SRMNIA%20Cameroun%20-%20T1%202025.pdf
16. Ministère de la Santé publique. Normes et standards en santé de la reproduction et planification familiale au Cameroun. Yaoundé : MINSANTE. https://minsante.cm/site/sites/default/files/Normes%20%26%20Standards%20en%20SR-PF%20au%20%20Cameroun.pdf
17. Eposse Ekoube C, Noukeu Njinkui D, Mbono Betoko R, et al. État des lieux des ressources humaines et matérielles dans les hôpitaux publics pour la prise en charge du nouveau-né dans la ville de Douala. Health Res Afr. 2024;2(4):57-64. https://ams-hra.org/index.php/hra/article/download/5501/4253/16979
18. Sieleunou I, Enok Bonong RP. Does health voucher intervention increase antenatal consultations and skilled birth attendances in Cameroon? Results from an interrupted time series analysis. BMC Health Serv Res. 2024;24:602. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10962-9

Annexes

Ces outils sont des modèles à adapter par chaque établissement. Leur contenu reprend les recommandations du présent document et celles de l'OMS citées dans le document.

Annexe 1 · Fiche de transfert du nouveau-né prématuré

RUBRIQUE	À RENSEIGNER
Date et heure de naissance, puis du départ	Naissance : ..... Départ : .....
Structure d'origine et structure d'accueil	
Appel préalable à la structure d'accueil effectué	☐ Oui ☐ Non · Interlocuteur :
Soignant accompagnant (nom, fonction)	
Mère présente pendant le transfert	☐ Oui ☐ Non
Âge gestationnel estimé et méthode de datation	☐ Échographie précoce ☐ Date des dernières règles ☐ Score de Ballard ☐ Autre
Poids de naissance	
Corticoïdes anténatals reçus par la mère	☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Soins reçus avant le départ	☐ Réchauffement ☐ Peau à peau ☐ Autres :
Température au départ	..... °C
Mode de transport	☐ Couveuse de transport ☐ Portage kangourou ☐ Autre
Informations transmises à l'équipe d'accueil	

Annexe 2 · Liste de vérification avant l'installation d'une couveuse

CONDITION	RÉUNIE
Personnel formé aux soins néonatals disponible	☐ Oui ☐ Non
Courant électrique stable	☐ Oui ☐ Non
Eau courante	☐ Oui ☐ Non
Locaux aux normes minimales	☐ Oui ☐ Non
Médicaments et consommables disponibles	☐ Oui ☐ Non
Circuit de stérilisation fiable	☐ Oui ☐ Non
Possibilité pour la mère de rester auprès de l'enfant	☐ Oui ☐ Non

Annexe 3 · Fiche de sortie à remettre aux parents

CONSULTEZ SANS ATTENDRE SI VOTRE BÉBÉ	À LA MAISON, PENSEZ À
tète mal ou ne tète plus	l'allaiter et le porter en kangourou
a des convulsions	respecter les règles d'hygiène
ne bouge que si on le stimule, ou ne bouge plus	suivre son poids
a de la fièvre (38 °C ou plus) ou est froid (moins de 35,5 °C)	venir à tous les rendez-vous
respire très vite ou sa poitrine se creuse en respirant	

Prochain rendez-vous : ..... Service et téléphone : .....

Annexe 3 bis · Discharge sheet for parents (English version)

GO TO THE HEALTH FACILITY AT ONCE IF YOUR BABY	AT HOME, REMEMBER TO
is not feeding well or has stopped feeding	breastfeed and carry your baby in the kangaroo position
has convulsions (fits)	follow hygiene rules
moves only when stimulated, or does not move at all	check your baby's weight
has a fever (38 °C or more) or feels cold (below 35.5 °C)	attend every follow-up appointment
breathes very fast, or the chest pulls in strongly when breathing	

Next appointment: ..... Department and telephone: .....

Annexe 4 · Grille d'auto-évaluation néonatale des établissements

Chaque membre de la FHC est invité à la renseigner pour l'établissement où il exerce. Les réponses permettront à la Fédération de constituer un état des lieux récent de l'offre néonatale.

Elle se remplit en ligne, en une dizaine de minutes, en scannant le code ci-contre ou à l'adresse suivante : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQIqa_IaLEOoVKpwSx4--JKXPNDvCQu9ob_OUKvIgb-3O4Gw/viewform

N°	RUBRIQUE	PRINCIPALES QUESTIONS
1	Identification	Nom, région, ville, statut, catégorie, répondant
2	Activité de maternité	Accouchements et naissances prématurées en 2025, méthode de datation
3	Plateau technique néonatal	Unité de néonatologie, niveau estimé, couveuses totales et fonctionnelles, tables radiantes, CPAP, oxygène
4	Conditions de fonctionnement	Électricité, eau, stérilisation, médicaments, présence de la mère
5	Ressources humaines	Pédiatres, néonatologistes, personnel formé aux soins néonatals et à la méthode kangourou, garde de nuit
6	Méthode kangourou	Pratique, début dès la naissance, espace dédié, suivi après la sortie
7	Transferts et suivi	Numéro joignable en permanence, fiche de transfert, prématurés reçus et transférés, rendez-vous de sortie
8	Données	Registre des prématurés, transmission dans le DHIS2