



Évaluation des pratiques professionnelles à l'unité de néonatalogie de l'hôpital régional de Kindia

Assessment of professional practices in the neonatal unit of Kindia Regional Hospital

Camara Sékou Mohamed¹, Diallo Abdoulaye Oumar², Touré Thierno Mamadou Aliou³, Diallo Alpha Oumar⁴, Bah Mamadou Binta⁵, Diallo Sory⁶

¹Médecin santé publique, Inspection Régional de Kindia, République de Guinée

²Médecin santé publique, République de Guinée.

³Médecin Pédiatre, INSE Donka, République de Guinée

⁴Médecin Hôpital ANAEM-Kamsar, République de Guinée

⁵Médecin santé publique, Inspection Régional de Boké, République de Guinée

⁶Médecin santé publique, INSE Donka, République de Guinée

Résumé :

La mortalité néonatale reste un défi majeur de santé publique, particulièrement en Afrique subsaharienne où elle est souvent liée à des lacunes dans la prestation des soins à la naissance. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques professionnelles à l'unité de néonatalogie de l'hôpital régional de Kindia. Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est réalisée sur une période du 1^{er} mai au 30 octobre 2025. L'analyse du poids de naissance montre que la majorité des nouveau-nés (66,4 %) avaient un poids normal compris entre 2500 et 3999 g. Les nouveau-nés de faible poids (< 2500 g) représentent 27,9 % des cas. Le sexe masculin était le plus représenté (56,4 %) contre (42,9 %) pour le sexe féminin. Les principaux diagnostics d'admission par ordre de décroissance de fréquence des pathologies étaient : les infections néonatales (58%), l'asphyxie périnatale (24,8%), le retard de croissance intra utérin (18,8%), la prématurité (11,9%), ictère néonatal (2,3%) et malformation congénitale (1,5%). Près de 76 % (75,5%) des nouveau-nés avaient bénéficiés des soins essentiels contre 6 % pour ceux qui n'avaient pas bénéficiés. Les dossiers n'étaient pas renseignés dans 18,4% des cas. Concernant les soins curatifs, 36,5% des nouveau-nés avaient bénéficiés de l'antibiothérapie, de l'administration de l'oxygène (0,66%) et des antipaludiques (0,49). Pour améliorer la survie des nouveau-nés à l'unité de néonatalogie, il faudra investir dans l'équipement, dans la formation du personnel, sur les protocoles de soins essentiels et curatifs, et dans la mise en place de systèmes internes de monitoring de la qualité des soins néonataux.

Mots clés : Evaluation, pratiques professionnelles, unité de néonatalogie, Kindia

Abstract:

Neonatal mortality remains a major public health challenge, particularly in sub-Saharan Africa, where it is often linked to shortcomings in the provision of birth care. The objective of this study was to evaluate professional practices in the neonatal unit at Kindia Regional Hospital. This was a retrospective study conducted over a period from 1 May to 30 October 2025. Analysis of birth weight shows that the majority of newborns (66.4%) had a normal weight between 2500 and 3999 g. Low birth weight newborns (< 2500 g) accounted for 27.9% of cases. Males were the most represented (56.4%) compared to females (42.9%). The main diagnoses on admission, in descending order of frequency, were: neonatal infections (58%), perinatal asphyxia (24.8%), intrauterine growth retardation (18.8%), prematurity (11.9%), neonatal jaundice (2.3%) and congenital malformation (1.5%). Nearly 76% (75.5%) of newborns had received essential care, compared with 6% who had not. The records were incomplete in 18.4% of cases. With regard to curative care, 36.5% of newborns had received antibiotic therapy, oxygen administration (0.66%) and antimalarial drugs (0.49%). To improve the survival of newborns in the neonatal unit, investment is needed in equipment, staff training, essential and curative care protocols, and the implementation of internal systems for monitoring the quality of neonatal care.

Keywords: Assessment, professional practices, neonatal unit, Kindia

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.18852534>

1. Introduction

En 2019, 2,4 millions d'enfants dans le monde sont morts durant leur premier mois de vie. On compte environ 6 700 décès de nouveau-nés par jour, ce qui représente 47 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans, chiffre en hausse par rapport à 1990 où il était de 40 % (OMS, 2020). La proportion de décès néonataux chez les enfants de moins de 5 ans est encore relativement faible en Afrique subsaharienne (36 %), qui demeure la région du monde enregistrant le taux de mortalité le plus élevé chez les moins de 5 ans (OMS, 2020)). En Guinée, d'après le MICS 2018, le taux de mortalité néonatale est de 32 ‰ naissances vivantes et la mortalité infanto-juvénile est de 111‰ (MICS, 2018). Dans la région de Kindia, le taux de mortalité néonatale est de 52‰ soit 52 décès pour 1 000 naissances vivantes (MICS, 2018). Les enfants qui meurent au cours des premiers 28 jours de vie présentent des affections et des maladies associées à l'absence de soins de qualité à la naissance ou à l'absence de soins ou de traitements dispensés par un personnel qualifié immédiatement après la naissance et dans les premiers jours de vie (OMS, 2020). Tous les enfants nés dans l'établissement de santé ou orientés vers celui-ci doivent être identifiés et faire l'objet d'une évaluation immédiate, car les nouveau-nés malades et de petit poids peuvent avoir besoin de soins supplémentaires. Lorsqu'elle est possible, la communication avec les professionnels de santé chargés du suivi de la mère avant l'accouchement facilite l'évaluation des risques pour les nouveau-nés prématurés ou malades. Ainsi, des interventions en équipe peuvent être mises en place. Les nouveau-nés malades et de petit poids doivent rester avec leur mère. Ils doivent être étroitement surveillés pour repérer d'éventuelles complications, et leurs mères doivent être soutenues pour les allaiter de manière exclusive ou les nourrir d'une autre façon (OMS, 2019). Les risques de complications les plus fréquents (hypothermie, problèmes d'alimentation, apnée, syndrome de détresse respiratoire et infections) sont évalués, contrôlés, reconnus rapidement et correctement pris en charge. L'administration d'antibiotiques, une oxygénothérapie sans risque, la ventilation en pression positive continue, et l'administration d'un traitement par surfactant exogène sont mises en place selon les besoins. Les nouveau-nés prématurés pesant moins de 2000 g dont l'état clinique est stable doivent bénéficier de la méthode « mère kangourou », car cette intervention reposant sur des données probantes prévient l'hypothermie et l'hypoglycémie et favorise les liens affectifs (OMS, 2019). Évaluer correctement les interventions destinées à améliorer la qualité des soins et à modifier les comportements est essentiel, afin de savoir

quelles interventions sont susceptibles d'être efficaces dans notre système de santé, en contribuant ainsi d'une part à l'amélioration de la qualité des soins, et d'autre part à l'amélioration de notre politique de santé. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques professionnelles à l'unité de néonatalogie de Kindia.

2. Matériels et Méthode

2.1. Cadre de l'étude

L'unité de néonatalogie de l'hôpital régional de Kindia a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. C'est une structure essentielle au sein de l'hôpital régional, dédiée à la prise en charge des nouveau-nés prématuré, de retard de croissance intra-utérin ou malades, assurant leur développement et leur stabilisation avant le retour à domicile, grâce à des installations telle que la centrale d'oxygène qui distribue de l'oxygène jusque dans les salles d'hospitalisation des nouveau-nés et jouant un rôle crucial dans la réduction de la mortalité néonatale dans la région de Kindia.

2.2. Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulée sur une période de six mois allant du 1^{er} mai au 30 octobre 2025.

2.2.1 Population d'étude

Elle a porté sur la totalité des nouveau-nés (613) admis à l'unité de néonatalogie.

2.2.2 Critères d'inclusion et de non inclusion

Ont été inclus dans cette étude, tous les nouveau-nés admis en hospitalisation ayant un dossier disponible et exploitable. N'ont pas été inclus, les nouveau-nés malades suivis en ambulatoire.

2.2.3 Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de l'ensemble des dossiers exploitables des nouveau-nés hospitalisés à l'unité de néonatalogie.

2.3. Collecte des données

Les données ont été collectées de façon rétrospective sur les dossiers des 6 derniers mois d'activité de l'année 2025. Cette méthode s'est limitée à la recherche et à l'analyse du contenu des dossiers médicaux ainsi qu'à la qualité des informations retrouvées dans les dossiers. Parmi les données concernant la mère seules, le lieu de résidence et le type de grossesse ont été renseignés. Les données concernant l'âge de la mère, le niveau d'instruction, les vices, l'antécédent gynécologique (parité, gestité, CPN) et les informations liées à l'accouchement étaient manquantes dans la quasi-totalité des dossiers. Chez le nouveau-né, les paramètres étudiés étaient : le sexe, le poids de naissance, le diagnostic d'admission). Les informations telles que : la taille, la vaccination, le délai d'admission, le type de personnel ayant transféré l'enfant, le type de structure ayant transféré l'enfant et le moyen de transfert du nouveau-né n'étaient pas renseignés dans le dossier. La collecte des données avait été réalisée par une équipe composée de trois enquêteurs. Les données quantitatives ont été collectées à l'aide de smartphones et synchronisées via la plateforme Kobo Collect.

2.4. Analyse des données

Les données ont été traitées et analysées à l'aide des logiciels statistiques R et R studio, qui offrent une large gamme de fonctionnalités pour l'analyse quantitative. Dans un premier temps, un nettoyage des données a été effectué afin de corriger les éventuelles erreurs, valeurs manquantes ou incohérentes. Par la suite, une analyse descriptive a été réalisée pour résumer les principales caractéristiques des données, à travers le calcul de fréquences et de proportions.

Tous les résultats sont présentés sous forme de tableaux et figures générés avec R studio, facilitant leur interprétation et leur intégration dans le rapport d'analyse.

2.5. Aspect éthique

Le protocole de l'étude a été soumis pour approbation au comité d'éthique de la recherche en santé en Guinée. Avant la collecte des données une autorisation avait été demandée à l'Inspecteur régional de santé et au Directeur de l'hôpital régional de santé de Kindia et la confidentialité des informations recueillies a été garantie tout au long du processus.

3. Résultats

3.1. Etat des lieux de l'unité de néonatalogie de Kindia

3.1.1 Infrastructure

Tableau.1: disponibilité de l'infrastructure de l'unité de néonatalogie

Items	Oui	Non
Salles d'hospitalisation	x	
Electricité	x	
Alimentation électrique de secours en cas de coupure de courant (par exemple groupe électrogène)	x	
Eau courante	x	
Eau pour se laver les mains dans la zone de soins	x	
Savon et/ou un désinfectant	x	
Conteneur pour objets tranchants	x	
Réfrigérateur en état de marche pour les Produits de santé	x	
Boîte à idées/suggestions ou un moyen formel par lequel les patients peuvent communiquer avec l'hôpital	x	
Accès aux toilettes des patients ou soignants et séparées de celles du public		x
Espace prévu pour que les mères puissent se laver les mains dans les salles communes		x
Accès régulier aux lavabos par le personnel soignant	x	
Moustiquaires pour les patients	x	

Le tableau.1 indique que le service ne dispose que deux (2) salles d'hospitalisation dont une pour les nouveau-nés et l'autre pour les mères avec une capacité de 10 berceaux. Elle est alimentée en électricité grâce au réseau de distribution électrique de l'EDG. L'eau et du savon sont disponibles pour se laver les mains dans les zones de soins. Le personnel a régulièrement accès aux lavabos. Le désinfectant (solution hydro alcoolique) et des conteneurs pour objets tranchants sont disponibles. Elle dispose un (1) réfrigérateur et une (1) boîte à idées/suggestions. Les toilettes des patients ne sont pas disponibles. Les moustiquaires sont disponibles dans toutes les salles d'hospitalisation. Aucun espace n'est prévu pour que les mères puissent se laver les mains dans les salles communes.

3.1.2 Médicaments essentiels

Concernant la disponibilité des médicaments essentiels, nous avons constaté la disponibilité de plusieurs familles d'antibiotiques telles que : l'ampicilline, le cefotaxime, la ceftriaxone, et la Névirapine (anti rétroviral). Par contre, nous avons observé la rupture récurrente du phénobarbital, la caféine utilisée dans le traitement de maladies respiratoires du nouveau-né et du sérum glucosé hypertonique (30% et 50%).

3.1.3 Disponibilité du matériel et dispositifs médicaux

Tableau 2 : Matériels et dispositifs médicaux

Matériels	Oui	Non	Nombre
Couveuses	x		3
Lampes chauffantes	x		1
Couverture de survie		x	
Lits d'enfant à matelas chauffant		x	
Lampes de photothérapie		x	
Masque/Ambu		x	
Poire (pingouin)		x	
Alimentation en oxygène/concentrateur	x		2
Masques faciaux avec les tailles appropriées (tailles 0 et 1)		x	
Systèmes de ventilation à pression positive continue		x	
Moniteurs multifonctionnels		x	
Oxymètres de pouls	x		1
Chronomètre		x	
Tire-lait		x	
Sonde nasogastrique		x	
Perfuseurs par microgouttes		x	
Stéthoscope	x		1
Glucomètres	x		1
Appareil d'aspiration	x		1
Thermomètres	x		1
Balance (pèse bébé)	x		1
Fiche de liaison (transfert)	x		

Source : Données de l'enquête 2025

Il ressort du tableau.2, que l'unité de néonatalogie n'est doté que de 03 couveuses, d'une (01) lampe chauffante, de 02 concentrateurs d'oxygène de 10 ml, d'un (01) appareil d'aspiration, d'un (01) glucomètre, d'un (1) et d'une quantité importante de sonde nasogastrique. Par contre, l'unité ne dispose pas de lampes de photothérapie, de masques ambu, de couverture de survie, de système de ventilation à pression positive continue, de l'oxymètre de pouls, de moniteurs multifonctionnels, de pingouins, du timer ou chronomètre, de perfuseur microgoutte.

3.1.4 Disponibilité du personnel

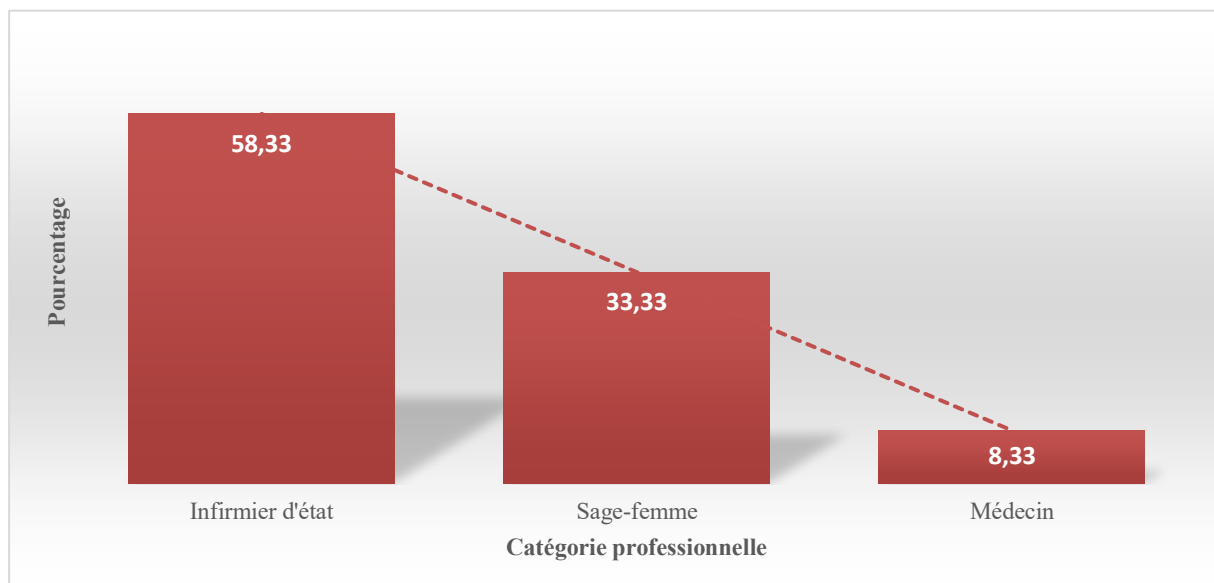


Figure.1 : disponibilité du personnel à l'unité de néonatalogie

La figure.1 montre que l'unité de néonatalogie, ne compte que 12 agents de santé dont 1 médecin généraliste soit (8,33%), 04 sages-femmes soit (33,33%) et 07 infirmiers soit 58,33%. Tout profil confondu, les infirmiers diplômés d'Etat étaient les plus représentés suivis par les sages-femmes.

3.2. Caractéristiques chez la mère selon la zone de résidence et type de grossesse

Tableau 3: Caractéristiques chez la mère

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
<i>Résidence</i>		
Rurale	206	33,6
Urbaine	407	66,4
<i>Type de grossesse</i>		
Gémellaire	39	6,4
Unique	574	93,6

Source : Données de l'enquête 2025

Il ressort du (Tableau.3) que les nouveau-nés issus des mères citadines (zone urbaine) étaient plus nombreux (66,4%) à être hospitalisés que ceux du milieu rural (33,6). A propos de type grossesse, la grande majorité (93,6 %) des nouveau-nés admis à l'unité de néonatalogie étaient issus de grossesse unique contre 6,4 % pour les grossesses gémellaires.

3.3. Caractéristiques chez le nouveau-né selon le poids de naissance et le sexe

Tableau 4 : Caractéristiques chez le nouveau-né

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Poids de naissance		
< 2500	163	27,9
2500 - 3999	388	66,4
4000 et +	33	5,7
Non renseigné	29	4,7
Sexe		
Non renseigné	4	0,7
Féminin	263	42,9
Masculin	346	56,4

Source : Données de l'enquête 2025

L'analyse de poids de naissance montre que la majorité des nouveau-nés (66,4 %) avaient un poids normal compris entre 2500 et 3999 g. Les nouveau-nés de faible poids (< 2500 g) représentaient 27,9 % des cas. Les cas de macrosomies (≥ 4000 g) étaient peu fréquents, représentant seulement 5,7 % des naissances (Tableau.4).

3.4. Diagnostics à l'admission à l'unité de néonatalogie

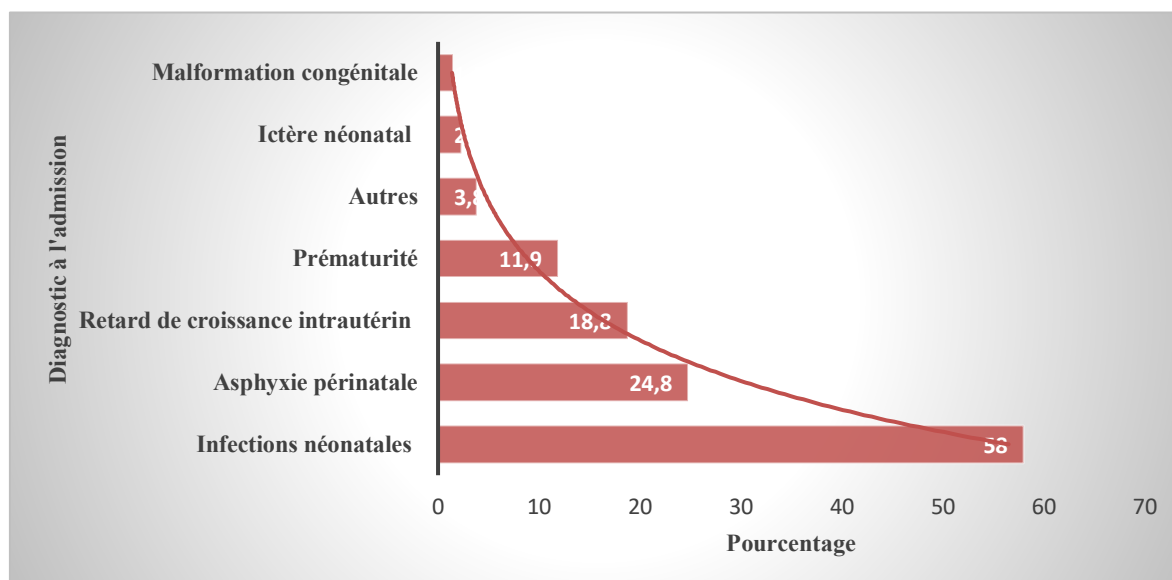


Figure.2 : répartition des nouveau-nés selon le diagnostic à l'admission à l'unité de néonatalogie

En 2024 (figure.1), 613 nouveau-nés ont été admis à l'unité de néonatalogie. Les principaux diagnostics d'admission par ordre de décroissance de fréquence des pathologies étaient : infections néonatales (58%), asphyxie périnatale (24,8%), retard de croissance intra utérin(18,8%), prématurité (11,9%), autres pathologies (3,8), ictère néonatal (2,3%) et malformations congénitales (1,5 %).

3.5 Soins essentiels immédiats offerts au nouveau-né

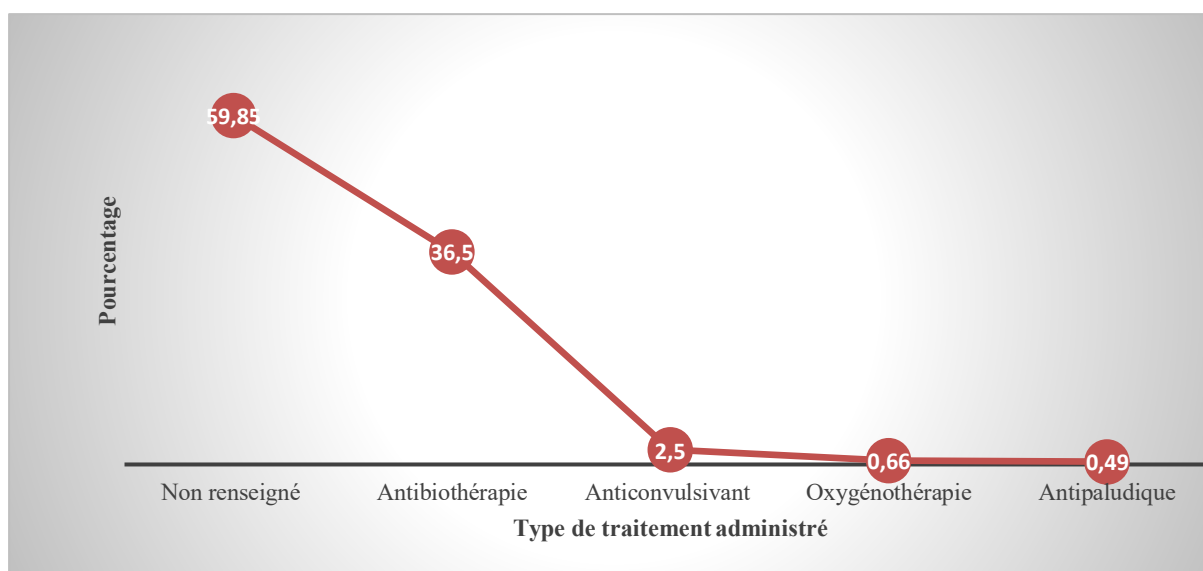
Tableau 5 : Soins essentiels immédiats offerts au nouveau-né

Soins néonataux essentiels	Effectifs	Pourcentage
Non renseigné	113	18,43
Non	37	6,04
Oui	463	75,53
Total	613	100,0

Source : Données de l'enquête 2025

Comme indiqué dans le tableau.5, (75,5 %) des nouveau-nés avaient bénéficié des soins immédiats contre 6 % qui n'ont pas bénéficié. Dans 18,4% des cas, les dossiers médicaux n'étaient pas renseignés.

3.6 Soins curatifs offerts aux nouveau-nés



Figur.3 : Type de traitement administré aux nouveau-nés à l'unité de néonatalogie

L'analyse des traitements administrés (Figure.3) montre que les antibiotiques étaient les molécules les plus administrées (36,5%), suivi par l'administration des anticonvulsivants (2,5%), de l'oxygénothérapie (0,66%) et des antipaludiques (0,49). Les autres traitements n'étaient pas renseignés.

4. Discussion

L'exploitation des registres de consultation et d'hospitalisation nous a permis de recenser 613 nouveau-nés hospitalisés à l'unité de néonatalogie de Kindia. La principale limite constatée au cours de l'enquête réside dans le fait que beaucoup de données étaient manquantes dans les dossiers médicaux examinés, ce qui ne permet pas d'analyser normalement tous les aspects de la prise en charge. Or, disposer régulièrement de données fiables et actualisées dans le domaine de la santé néonatale est un impératif en santé publique. Ces données sont indispensables pour suivre l'évolution de la santé, orienter les politiques de prévention, et évaluer les pratiques médicales.

4.1. États des lieux de l'unité néonatalogie

4.1.1 Infrastructure

Au cours de cette étude, nous avons observé que l'unité de néonatalogie de Kindia ne dispose pas assez de salles pour faire le triage, examiner les urgences, hospitaliser les patients instables, séparer les patients selon leur risque infectieux. Par contre, elle est alimentée en électricité grâce au réseau de distribution électrique de l'EDG (Electricité de Guinée) et en cas de coupure de courant, elle bénéficie de groupe électrogène de secours de l'hôpital régional ((Tableau.1). L'eau et du savon sont disponibles pour se laver les mains dans les zones de soins. Le personnel a régulièrement accès aux lavabos. Le désinfectant (solution hydro alcoolique) et des conteneurs pour objets tranchants et pour les déchets souillés sont également disponibles (Tableau.1). Les déchets sont triés par les agents de santé suivant quatre catégories: déchets infectieux perforants, déchets infectieux non performants, déchets ménagers non infectieux (nourriture, emballages). Ceci est un atout car les conteneurs pour déchets médicaux offrent des avantages cruciaux en matière de sécurité, d'hygiène et de conformité réglementaire pour prévenir les infections, protéger les professionnels de santé et le public, et assurer une élimination correcte des déchets dangereux. Ce genre de pratique aide le personnel à identifier et à hiérarchiser les risques, ainsi qu'à établir des plans d'amélioration concernant l'hygiène. Il existe dans toutes les salles d'hospitalisation des moustiquaires imprégnées. Les moustiquaires imprégnées sont cruciales pour prévenir le paludisme et d'autres maladies transmises par les moustiques (Zika, dengue) car l'insecticide intégré tue ou repousse les insectes au contact, protégeant particulièrement les populations vulnérables (enfants, femmes enceintes). (OMS, 2019).

L'OMS recommande que tous les enfants vivant dans une zone impaludée dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. En 2018, 61 % des enfants de moins de cinq ans vivant en Afrique subsaharienne dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, contre 26 % en 2010 (OMS, 2019). Concernant la disponibilité des toilettes, nous avons constaté que les mères n'ont pas accès aux toilettes, elles utilisent les toilettes publiques qui ne sont pas séparées de celles des patients et du personnel. Pourtant, l'accès à des toilettes pour les patients dans un hôpital devrait être garanti. Lorsqu'une personne ne dispose pas d'accès à des toilettes, elle risque de porter préjudice à sa santé, de subir une atteinte à sa dignité, de souiller le voisinage et polluer l'environnement. L'amélioration est nécessaire pour faciliter l'accès des toilettes aux mères et la création des points de lavage dans les salles communes, afin d'assurer un environnement de soins optimal et confortable.

4.1.2 Médicaments essentiels

Concernant la disponibilité des médicaments essentiels, nous avons constaté la disponibilité de plusieurs familles d'antibiotiques telles que : l'ampicilline, le cefotaxime, la pénicilline, et la vancomycine, ainsi que de la Névirapine (anti rétroviral). Cependant, nous avons observé la rupture récurrente de certains médicaments essentiels tels que le phénobarbital, la caféine utilisée dans le traitement de maladies respiratoires du nouveau-né. Ces médicaments essentiels doivent être disponibles en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel. Sinon, ce sont les personnes pauvres qui seront les plus touchées, car elles n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments dans les pharmacies privées. Il est crucial de combler ces manques pour assurer une prise en charge complète et efficace des patients.

4.1.3 Matériels et dispositifs médicaux

A propos de la disponibilité du matériel et la fourniture de base (tableau.2), nous avons observé que le service n'est pas suffisamment doté du matériel et dispositifs médicaux. L'insuffisance de matériel et de dispositif entraîne des conséquences telles que : le retard de diagnostic et traitement, aggravation de la maladie et décès, gaspillage de ressources, pression sur les professionnels et manque de confiance. Selon (OMS, 2010), lorsque les dépenses générales de santé sont faibles, les sommes consacrées aux dispositifs médicaux se réduisent également, ce qui entraîne une insuffisance des investissements pour tous les types de matériel médical. Les autorités sanitaires de Kindia doivent développer l'accès aux dispositifs médicaux essentiels pour dispenser les services de base : matériel de transfusion pour éviter les complications, les incubateurs pour les prématurés, appareil pour oxygénothérapie et matériel de photothérapie.

4.1.4 Personnel

Tout profil confondu, les infirmiers diplômés d'Etat étaient les plus représentés suivis par les sages-femmes (figure.1). Pendant les heures normales de travail (8.00-16H30), le service n'emploie que 10 prestataires dont 1 médecin généraliste et 3 en dehors des heures normales de service (16h30 à 8h). Ce manque de médecin pendant la nuit pourrait influencer sur la qualité des soins voire augmenter le taux de mortalité néonatale dans le service. Selon (OMS, 2021), pour offrir des soins de qualité, il faut investir dans les ressources humaines afin de disposer d'un nombre suffisant de prestataires qualifiés pour prendre en charge les nouveau-nés malades et de petit poids de naissance, en particulier du personnel infirmier formé et motivé, qui travaille en partenariat avec les parents et les familles.

4.2. Caractéristiques chez la mère

Comme on le dit ici, les données concernant l'âge de la mère, le niveau d'instruction, la profession, les vices, les antécédents gynécologiques (parité, gestité, CPN) et les informations liées à l'accouchement étaient manquantes dans la quasi-totalité des dossiers. Or, le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. C'est aussi un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients ou les accompagnants. Par conséquent, il est nécessaire d'évaluer régulièrement la qualité de la tenue des dossiers médicaux. L'information sanitaire produite à l'unité de néonatalogie de l'hôpital régional de Kindia sert essentiellement à la notification de certaines maladies et à l'enregistrement de l'activité. En revanche, elle ne se prête guère à la tenue correcte des dossiers médicaux. Au cours de cette étude, seuls, le lieu de résidence et le type de grossesse ont été renseignés dans les dossiers par les prestataires. Concernant le lieu de résidence (Tableau.3), nous avons constaté que les nouveau-nés issus des mères citadines (zone urbaine) étaient plus nombreux à être hospitalisés que les nouveau-nés du milieu rural. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'unité de néonatalogie se situe en zone urbaine et d'accès facile pour les mères citadines, alors que les nouveau-nés issus des mères venant des zones rurales sont généralement référés par les prestataires après avoir dépisté des complications chez le nouveau-né. A propos de type grossesse, il ressort du tableau.3 que la grande majorité des nouveau-nés admis à l'unité de néonatalogie étaient issus de grossesse unique (93,6 %) contre 6,4 % pour les grossesses gémellaires. Cette dernière catégorie se distingue par sa rareté mais son taux augmente avec l'âge de la mère et les techniques de procréation. Les grossesses gémellaires représentent un groupe à haut risque qu'il convient d'étudier, en raison, notamment, des taux élevés de prématurité et

des petits poids à la naissance. Les mères de jumeaux présentent également des risques plus élevés de complications pendant la grossesse et l'accouchement (Hélène C et al, 2021)

4.3. Caractéristiques chez le nouveau-né

La répartition selon le sexe montre une prédominance masculine (56,4 %) contre (42,9 %) pour le sexe féminin. Comme la plupart des espèces sexuées, le sex-ratio chez l'être humain est proche de 1:1. Selon (Grech Savona-V et al, 2002), le rapport naturel entre nombre d'hommes et de femmes à la naissance est légèrement biaisé en faveur du sexe masculin : il est estimé à environ 1,05 ou 1,06 ou dans une fourchette étroite de 1,03 à 1,06 mâle par femelle (Chao G et al, 2019). Un déséquilibre entre les sexes peut survenir à la suite de divers facteurs, notamment des facteurs naturels, l'exposition aux pesticides et aux contaminants environnementaux (Davis, G, 1998). Dans les résultats agrégés de 56 enquêtes démographiques et sanitaires dans les pays africains, le ratio est de 1,03, bien qu'avec des variations considérables d'un pays à l'autre (Garenne M, 2002). L'analyse de poids de naissance montre que (66,4 %) des nouveau-nés avaient un poids normal contre 27,9 % pour ceux qui avaient un poids inférieur à 2500g. Les cas de macrosomies (≥ 4000 g) étaient peu fréquents, représentant seulement 5,7 % des naissances (Tableau.4). Notre taux de macrosomie est similaire à ceux rapportés (5,44 %) par (Diallo M M et al, 2023) en Guinée et (5,70 %) rapportés par (Kukudji L et al, 2016) à Lubumbashi au Congo (RDC). Selon Giudice LC et al, 1995), la fréquence de plus en plus importante de la macrosomie serait en rapport avec l'obésité, le diabète, l'âge maternel $\geq$ à 35 ans et la multiparité.

4.4. Diagnostics d'admission

En 2024, 613 nouveau-nés ont été admis à l'unité de néonatalogie. Les principaux diagnostics d'admission par ordre de décroissance de fréquence des pathologies sont : infections néonatales, asphyxie périnatale, retard de croissance intra utérin, prématurité, autres pathologies, ictère néonatal, et malformation congénitale (figure.1). Ces données corroborent celles de (OMS, 2024), qui avait observé en 2024 que les principales causes de morbidité et la mortalité néonatales étaient : la prématurité et faible poids de naissance, l'asphyxie périnatale, infections néonatales, malformations congénitales. Ces problèmes sont aggravés par le manque d'accès à des soins de santé qualifiés, particulièrement dans les pays en voie de développement.

4.5. Soins essentiels immédiats

L'analyse des soins néonataux essentiels offerts aux nouveau-nés (Tableau.6), indique que la grande majorité (75,5 %) avait bénéficié des soins immédiats tels que : le séchage, la mise au sein précoce, l'administration de la vitamine K1 et l'administration de la tétracycline pommade. Ceci est un atout car selon l'OMS, les soins essentiels prodigués immédiatement après la naissance facilitent l'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement.

Cependant, 6 % n'ont pas bénéficié de ces soins, ce qui demeure préoccupant au regard de leur importance pour la survie néonatale. Par contre, les informations concernant les soins essentiels étaient manquantes dans 18,4 % des dossiers examinés, ce qui traduit une insuffisance dans le recueil des données cliniques. Cette situation souligne la nécessité de renforcer le système sanitaire d'information. Parmi les 463 nouveau-nés ayant reçu des soins néonataux essentiels (98,9 %) avaient bénéficié de l'administration de la vitamine K1, ce qui est conforme aux normes de l'OMS et représente un atout car la vitamine K joue un rôle important dans l'équilibre de la coagulation. Chez le nouveau-né, le stock hépatique est quasiment inexistant et la synthèse par le microbiote intestinal est faible.

C'est pourquoi la prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né repose sur l'administration de vitamine K1 (Hascoet J-M, 2015). Cette dernière peut se faire par voie orale ou par voie intramusculaire, voie à laquelle semble être associée moins de carences entre 4 et 6 semaines de vie. Selon la (Société Canadienne de Pédiatrie, 2018), 1,4 sur 100 000 nourrissons étaient atteints pour une administration par voie orale contre 0,5 sur 100 000 pour une administration par voie intramusculaire.

4.6. Soins curatifs offerts aux nouveau-nés

L'analyse des traitements administrés montre que les antibiotiques étaient les molécules les plus administrés, suivis par l'administration des anticonvulsivants, l'oxygénothérapie (0,66%) et des antipaludiques (0,49). Les pratiques curatives observées au cours de cette étude sont incohérentes, avec une forte prescription d'antibiotiques, mais avec un recours faible à l'oxygénothérapie. Or, dans cette étude, le taux d'asphyxie néonatale représente près de 25% (24,8%) des cas. L'utilisation de l'oxygène avec un monitoring de la saturation permet de corriger l'hypoxie sans causer l'hyperoxie. Des taux élevés de prescriptions inappropriées d'antibiotique chez le nouveau-né ont été rapportés aussi bien en Europe qu'en Afrique subsaharienne (Ollandzobo L.C, 2021). A Brazzaville par exemple, le taux de prescription d'antibiotiques dans les services de néonatalogie était de 54 %, ce taux est nettement supérieur aux nôtres. Dans leur série, le choix était inapproprié dans 52%, les posologies étaient inadaptées dans 70,9% et la durée excessive dans 57,4% des cas. Par contre, en France, depuis les recommandations ANAES 2002, seuls 4% des nouveau-nés reçoivent une antibiothérapie à la naissance. Parmi ceux-ci, entre 25 à 65% reçoivent une C3G (Christèle Gras-Le Guen, 2019). Au cours de cette étude, nous avons observé que les données relatives au développement pulmonaire et aux complications respiratoires, à l'administration de surfactant, à la ventilation mécanique étaient manquantes dans la quasi-totalité des dossiers médicaux.

5. Conclusion

Cette étude réalisée à l'unité de néonatalogie de l'Hôpital régional de Kindia a mis en évidence une forte consommation d'antibiotiques. Ceci pourrait être un problème de santé publique en raison de ses conséquences immédiates et à court terme sur la santé des nouveau-nés et nécessite la mise en place de protocoles pour éviter le choix inapproprié et les posologies inadaptées. L'étude a également révélé l'insuffisance de matériels et de dispositifs médicaux et de médicaments essentiels, ce qui pourrait entraîner des conséquences telles que : le retard de diagnostic et traitement, aggravation de la maladie et décès, gaspillage de ressources, pression sur les professionnels et manque de confiance. Les autorités sanitaires de la région de Kindia doivent développer l'accès aux infrastructures sanitaires, aux dispositifs médicaux essentiels et médicaments essentiels pour dispenser les services de base et initier au moins une fois par an la formation continue et de séances de remise à niveau des prestataires sur les connaissances concernant les soins essentiels et curatifs du nouveau-né.

Références

- [1] Chao, Gerland, Cook et Alkema (2019). « Systematic assessment of the sex ratio at birth for all countries and estimation of national imbalances and regional reference levels », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 116, n° 19, p. 9303–9311 ([PMID 30988199](#), [PMCID 6511063](#), [DOI 10.1073/pnas.1812593116](#)).
- [2] Christèle Gras-Le Guen, J Baptiste Muller, Cécile Boscher, Jocelyne Caillon, Elise Launay, (2019). Infection et bon usage des antibiotiques en néonatalogie. Hôpital Mère Enfant CHU NANTES ; p.7.
<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/desc/2019/seminaire-avril-2019/conf-3-lundi-01-pr-gras-le-guen.pdf>
- [3] Davis, Gottlieb et Stampnitzky, (1998). « Reduced ratio of male to female births in several industrial countries: A sentinel health indicator? », *JAMA*, vol. 279, n° 13, p. 1018–23 [PMID 9533502](#), [DOI 10.1001/jama.279.13.1018](#)
- [4] Diallo M M , Diallo M D M , Diallo A M, Dieng K, Diallo M C, Konaré D B, Barry M A, Kodjo K, Kalissa O, Camara , Diallo F A, Kaké A, (2023). Macrosomie Fœtale : Fréquence, Facteurs de Risque et Complications Maternofœtales à Labé (Guinée). *Health Res. Afr: Vol 1* (2), pp 7-11 Available free at <http://hsd-fmsb.org/index.php/hra>
- [5] Garenne M, (2002). « Sex ratios at birth in African populations: a review of Survey data », *Hum. Biol.*, vol. 74, n° 6, p. 889–900. [PMID 12617497](#), [DOI 10.1353/hub.2003.0003](#).
- [6] Giudice LC, de Zegher F, Gargosky SE, Dsupin BA, de las Fuentes Crystal RA, Hintz RL, Rosenfeld RG, (2023). Insulin-like growth factors and their binding proteins in the term and.
- [7] *Health Res. Afr: Vol 1* (2), pp 7-11 Available free at <http://hsd-fmsb.org/index.php/hra> preterm human fetus and neonate with normal and extremes of intrauterine growth. *J Clin Endocrinol Metab*1995; 80 :1548-55
- [8] Grech Savona-Ventura et Vassallo-Agius, (2002). « Unexplained differences in sex ratios at birth in Europe and North America », *BMJ: British Medical Journal*, vol. 324, n° 7344, p. 1010–1011. [PMID 11976243](#), [PMCID 102777](#), [DOI 10.1136/bmj.324.7344.1010](#)
- [9] Hascoet J-M, Picaud J-C, Lapillonne A, Boithias C, Bolot P, Saliba E, (2015). Vitamine K : mise à jour des recommandations. *SFN Bull*0; (6):1-2.
- [10] Hélène Cinelli, Nathalie Lelong, Camille Le Ray. Enquête nationale périnatale. L’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; 2021. Consulté le 22/01/2026.
[file:///C:/Users/HP/Downloads/rapport-2022-v5%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/rapport-2022-v5%20(1).pdf)
- [11] L. C Ollandzobo, E A Pea, N.Y. Ngakengni, G.Ekouya Bowassa, A. Mbika Cardorelle. Prescription des antibiotiques chez le nouveau-né hospitalisé à Brazzaville .<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2021.12.00.4>
- [12] National Institute of Statistics (2018). Multiple Indicators for Cluster Survey (MISC,). Final Report, Conakry, Guinea.
- [13] Organisation mondiale de la santé (202). Nouveau-nés : améliorer leur survie et leur bien-être. Bulletin d’information OMS ; p.1
- [14] Organisation mondiale de la santé (2019). Normes destinées à améliorer la qualité des soins des nouveau-nés malades et de petit poids dans les établissements de santé.

- [15] Organisation mondiale de la santé (2019). Rapport sur le paludisme dans le monde. Dossier information OMS ; p.3.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2019-briefing-kit-fr938fc8acb1174673a3f8c8296f0f6f36.pdf?sfvrsn=ab7794ad_8&download=true
- [16] Organisation mondiale de la santé (2010). Accès insuffisant aux matériels médicaux dans les pays en développement. ONU Info ; p.1. <https://news.un.org/fr/story/2010/09/194152>
- [17] Organisation mondiale de la Santé (2021). Normes destinées à améliorer la qualité des soins des nouveau-nés malades et de petit poids dans les établissements de santé [Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-001726-9)
- [18] Organisation mondiale de la santé (2024). Mortalité néonatale. Communiqué de presse ; Consulté le 23/0/26
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
- [19] Société canadienne de Pédiatrie (2018). L'administration systématique de vitamine K aux nouveau-nés [Internet]. Cps.ca. [consulté le 9 décembre 2025].
<https://www.cps.ca/fr/documents/position/administration-vitamine-K-nouveau-nés>